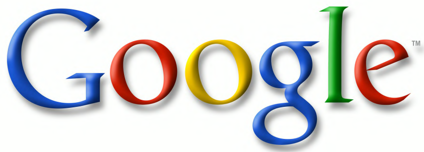





LANE
MEDICAL
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885
LIBRARY
LEVI COOPER LANE FUND

LA

ROUGEOLE ET LA SCARLATINE

DANS

LA GROSSESSE ET LES SUITES DE COUCHES

PAR

M. DE TORNÉRY

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS

ET

Le Dr Marcel DURAND

POUR LA SCARLATINE



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIERE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain

—

1891

PRÉFACE

L'étude de la rougeole et de la scarlatine durant la grossesse et dans les suites de couches offre un intérêt considérable pour le médecin. En effet, il a semblé que l'état puerpéral leur donnait une allure un peu spéciale, et cela semble vrai notamment pour la scarlatine. Des complications particulières s'observent aussi dans ces circonstances. Nous avons voulu réunir en un tout les matériaux assez nombreux qui existaient sur ce sujet, mais qui se trouvaient épars çà et là dans la littérature médicale. Nous ne nous sommes pas borné à une simple compilation, déjà très utile cependant en ce qu'elle épargnait des recherches longues et fastidieuses et rendait accessible au lecteur français peu familiarisé avec les langues étrangères, bien des faits rapportés par les auteurs anglais et allemands; grâce à l'obligeance de nos maîtres nous avons pu recueillir des observations inédites que nous avons ajouté au nombre déjà fort considérable, de celles que nous avions trouvées dans les différents périodiques, thèses etc. Nous avons cru devoir aussi émettre à l'occasion quelques vues personnelles. Nous avons été aidé dans notre tâche par notre ami, M. Durand, qu'avait bien préparé à ce genre de travail sa remarquable thèse sur la scarlatine puerpérale. Bien que son but ait été un peu différent du nôtre et qu'il ait notamment englobé systématiquement

les cas de scarlatine et de fièvres puerpérales scarlatiniformes pour en faire un syndrome, son étude nous a été des plus utiles. Il y a fort bien utilisé les nombreux renseignements bibliographiques que nous lui avions fournis. Nous avons modifié certains passages d'un commun accord, mais le fond est resté le même. Grâce à l'amicale collaboration de M. Durand notre travail a marché plus rapidement que nous le pensions, aussi le remercions-nous ici chaudement de son concours.

M. de Tornéry

ancien interne des hôpitaux.

ROUGEOLE PENDANT LA GROSSESSE

ET LES SUITES DE COUCHES

HISTORIQUE

Fabrice de Hilden paraît être le premier qui ait cité expressément la rougeole qui survient pendant la grossesse et les suites de couches. Voici le passage auquel nous faisons allusion (voir Gautier de Genève, *Annales de Gynécologie*, tome XI, et *observ. chirurg. Centur.* IV, Obs. 53) ; « la femme d'un conseiller de la République de Berne, étant arrivée à la moitié du neuvième mois de sa grossesse, fut atteinte d'une fièvre intense et maligne ; peu après la rougeole apparut. Au quatrième jour de la maladie, les douleurs surviennent ; un enfant vient au monde tout le corps couvert de taches de rougeole. La mère et l'enfant gravement malades durant quelques jours, guérirent tous deux. »

D'autre part la compilation de Max Schurig mentionne les trois faits suivants : « Ledel a observé une femme qui accoucha dans les derniers mois de sa grossesse au milieu d'une éruption de rougeole : l'enfant vint au monde couvert de taches rouges. La mère guérit ; le sort de l'enfant n'est pas mentionné. Rœssler rapporte qu'une femme atteinte de rougeole au septième mois de sa grossesse, avorte et meurt. Egbert a vu une femme atteinte de rougeole, accoucher avant le terme normal ; l'âge du fœtus n'est point indiqué (d'après Gautier de Genève, XIe vol.

des *Annales de gynécologie*, p. 326), voir *Embryologie*, p. 187, *Dresde et Leipsig*, 1732.

Mauriceau ne cite pas expressément la rougeole mais voici ce qu'il dit sur les affections qui s'accompagnent d'un catarrhe bronchique « Si la toux est violente comme elle est quelquefois jusqu'à faire vomir, c'est un des plus dangereux accidents qui contribuent à l'avortement; d'autant que par son effort les poumons tâchant de rejeter hors de la poitrine, ce qui leur nuit, il se fait une contraction de tous les muscles de la respiration, qui, pressant fortement par cette action l'air enfermé au dedans, dont les poumons sont tous gonflés, poussent aussi par le même moyen avec violence subite le diaphragme en bas, et par conséquent toutes les parties du bas-ventre mais principalement la matrice de la femme grosse, qui en reçoit une telle commotion, quand cet accident continue longtemps fortement, que quelquefois l'arrière-faix de l'enfant vient s'en détacher. Après quoi ne le pouvant plus retenir, elle est contrainte de s'ouvrir pour le mettre dehors, avec le temps, ce qu'elle fait souvent avec grande perte de sang comme je l'ai vu arriver beaucoup de fois, et récemment à la femme d'un secrétaire du roi, et à celle d'un chirurgien. »

Levret auquel plusieurs traités d'accouchements récents ont fait allusion, n'a pas cité la rougeole d'une façon expresse dans son « Art des accouchements démontré par des principes de physique et de mécanique »; à la section XIV (*Remarques sur les maladies des femmes grosses et des nouvelles accouchées*), il se borne à dire : « il est important de remarquer que toutes les femmes enceintes qui

tombent dans les maladies aiguës, sont en très grand danger, soit qu'elles accouchent à terme, soit qu'elles avortent, parce que la marche de la nature, dans ses opérations critiques, pour la guérison de ses maladies ne manque pas d'être troublée par le travail de l'accouchement... La remarque que je viens de faire est applicable, à certains égards, aux maladies aiguës qui surviennent aux femmes dans les premiers jours de leurs couches, principalement dans les premières vingt-quatre heures et qui sont pour ainsi dire entées sur le travail de l'accouchement. »
Cependant un passage peut s'appliquer plus étroitement à la rougeole, qui elle aussi a des catarrhes. « J'ai aussi observé bien des fois, que si une femme enceinte avorte, ou qu'elle accouche à terme, pendant qu'elle est enrhumée, le rhume s'interrompt aussitôt que l'accouchement est terminé, et qu'il se renouvelle dès que les grandes évacuations de la couche commencent à diminuer sensiblement. En sorte que si la poitrine était attaquée à un certain degré avant l'accouchement, la malade est en très grand danger de périr dans la suffocation. »

Baudelocque ne parle pas non plus de la rougeole dans son *Art de l'accouchement*. Il en est de même de Capuron et de Gardien, qui dans son volumineux ouvrage ne trouve pas une ligne à consacrer aux pyrexies exanthématiques ou à la fièvre typhoïde, même dans le chapitre consacré à l'avortement.

Dans son article *Rougeole* du *Dictionnaire en 60 volumes* de 1820, *Monfalcon* se contente de dire que la rougeole est plus grave durant la grossesse et « immédiatement après la parturition. »

Guersant et Blache dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, s'expriment ainsi (*Rougeole*, p. 677), « Vogel et Rosen, disent l'avoir observé chez des nouveau-nés, nous avons eu aussi l'occasion de la voir chez un enfant qui l'apporta en naissant l'ayant gagné de sa mère »... plus loin au chapitre pronostic ils disent « lorsque la maladie se montre chez les femmes enceintes ou les nouvelles accouchées le pronostic est, toutes choses égales d'ailleurs, plus fâcheux. »

On ne trouve que quelques mots se rapportant à notre sujet dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, et le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. *Les traités des maladies des enfants* (Vogel, Heim, Rosen, Barthez et Rilliet) signalent quelques cas de rougeole congénitale. L'ouvrage de Gerhardt est un peu plus explicite « durant la grossesse et spécialement dans les suites de couches, la rougeole fait courir de grands périls à la femme qui en est atteinte, bien que ceux-ci soient moindres que lorsqu'il s'agit d'une scarlatine. » Schneider relatant une épidémie de rougeole qui avait été très meurtrière rappelle que des femmes enceintes furent atteintes par la maladie et que la majorité d'entre elles avorta non sans avoir couru de grands risques pour leur existence. Beaucoup moururent et leurs nouveau-nés succombèrent également. Comme on le voit, jusqu'ici fort peu de documents. Le travail de Bourgeois où sont analysés les effets des maladies générales sur la grossesse comble un peu cette lacune. Voici le passage qui a trait à notre sujet.

« Nous avons observé 15 cas de rougeole sur des femmes grosses; 8 de ces femmes ont avorté ou accouché

avant terme. Chez les autres la grossesse n'a pas été entravée par la maladie. Cinq ont mis au monde des enfants non viables ; trois ont accouché prématurément dans le septième ou huitième mois de leur grossesse. Voici comment les choses se passaient : chez les femmes dont la grossesse n'était que de deux à cinq mois, la maladie a suivi son cours ordinaire, mais elle était d'autant plus grave que l'époque de la gestation était plus avancée. Les prodromes de l'avortement se manifestaient vers la fin de la maladie. Ce n'était ordinairement qu'un, deux ou trois jours après que l'avortement avait lieu quelquefois la maladie étant terminée.

Quand les femmes arrivées vers la fin de leur grossesse étaient atteintes de la maladie, l'accouchement prématuré se faisait dès le début au milieu de la fièvre et de symptômes graves.

L'enfant venait mort-né, ou mourait quelques heures ou quelques jours après sa naissance. La maladie continuait son cours et les femmes se rétablissaient peu à peu. Une seule de nos malades atteinte de rougeole maligne a succombé le cinquième jour après son accouchement. Dans des cas rares on a vu les enfants naître avec la maladie rubéoleuse. Rosen, Vogel, en rapportent quelques observations ; M. Guersant en a observé un cas ; moi-même j'en ai vu aussi. L'enfant vécut trois jours et mourut. Il était venu quinze jours avant terme ».

Le Dr *Chausit* a communiqué un cas de rougeole intéressant parce qu'il semble remonter aussi à la vie intra-utérine (voir *Union Médicale*, 1868, Compte-rendu des séances de la *Société Médicale du IXe arrondissement*). « J'ai observé,

dit-il, dans ces derniers temps, de nombreux cas de récidives de rougeole et de scarlatine. Actuellement je donne des soins à un enfant affecté de rougeole très nettement caractérisée; il y a 3 ans, je l'ai soigné pour la même maladie, et je n'eus à cette époque aucun doute sur la nature de l'affection; deux autres enfants de la même famille furent également atteints en même temps. J'ai vu aussi un enfant qui communiqua la rougeole à sa mère. Celle-ci l'avait déjà eue dans son enfance; la maladie survint au douzième jour et fut très intense. Le neveu de cette malade contracta la rougeole en jouant avec son cousin; puis au seizième jour de sa maladie il la communiqua aussi à sa mère, qui l'avait eue dans son enfance. L'éruption parut la veille du jour où cette dame accoucha et son accoucheur m'a dit que le nouveau né était aussi atteint de rougeole. »

M. Hervieux à la suite de cette communication a élevé quelques doutes, il est vrai, sur l'authenticité de cette rougeole; il déclara que cette affection était très rare chez les nouveaux-nés, et il rapporta l'observation d'un enfant très lymphatique, qui à chaque bronchite « présentait une éruption tout à fait semblable à la rougeole. »

Cazeaux est extrêmement bref sur notre sujet : « La rougeole, au dire de Levret, serait tout aussi fâcheuse, cependant sur quatre rougeoles observées chez les femmes enceintes par M. Grisolle, aucune n'a troublé la marche régulière de la gestation : j'ai vu deux cas semblables. » Il ajoute que malheureusement les faits ne sont pas toujours aussi heureux; et il analyse rapidement



à ce sujet le travail de Bourgeois cité plus haut. Quant à la rougeole apportée en naissant : « Dans des cas rares on a vu des enfants naître avec la maladie rubéoleuse. Rosen, Vogel, en rapportent quelques observations. M. Guersant en a observé un cas. M. Bourgeois en cite un autre : l'enfant vécut trois jours et mourut. »

Voici le passage que Thomas consacre à la rougeole dans le cours de la grossesse (Thomas, *Handbuch der Speciellen pathologie und Therapie von Ziemssen, handbuch der acuten Infections Krankheiten zweiter Theil* article *Masern*, p. 42) : « La grossesse ne préserve point de la rougeole, cette maladie, comme beaucoup d'autres de même nature, semble abréger le temps de gestation. Seidl assure que les jeunes femmes qui sont enceintes y sont tout particulièrement prédisposées. L'avortement se terminant par la mort peut être aussi le résultat d'une rougeole survenant dans le cours d'une grossesse (Rösch). » Parlant ensuite des cas de rougeole que le nouveau-né semble présenter au moment même de sa naissance, Thomas s'exprime ainsi : « La plupart des auteurs ont cité la possibilité d'un pareil fait, mais sans en rapporter d'exemples. » C'est le cas pour Willan, Rosenstein, Burserius, Gitanner, Reil, etc. : Vogel, au contraire, en a donné une observation ; il croit que la mère de l'enfant avait accouché avant terme : on peut dire la même chose de Guersant : Ledelius et Fabrice de Hilden en ont mentionné deux autres exemples ; Clarus, déclara à la Société Médicale de Leipsig qu'il avait vu sur le fœtus d'une femme morte pendant la période de desquamation de la rougeole, un exanthème rubéolique très net. Michaelsen a rapporté deux cas de rougeole congénitale,

dont l'un avait été observé par lui. Seidl paraît avoir été plusieurs fois témoin de faits de ce genre, car il écrit que la maladie se transmet immédiatement de la mère au fœtus, quand la grossesse touche à sa fin, de telle sorte que l'enfant naît avec la rougeole. Malheureusement il ne fait aucune allusion au nombre de faits de ce genre observés par lui. Hédric a rapporté l'observation d'une femme enceinte qui au quatrième jour de sa rougeole accoucha d'un enfant du sexe féminin, qui en outre d'un exanthème rubéolique caractéristique, présentait du catarrhe oculaire nasal et bronchique. Néanmoins la terminaison fut heureuse comme dans les cas de Fabrice de Hilden et Ledelius. Eisenmann assure que J. Franck et Gitanner ont plusieurs fois observé des cas semblables.

Il serait important de savoir si la rougeole de la mère donne l'immunité au fœtus : dans un cas observé par moi l'enfant n'en contracta pas moins la rougeole vers l'âge de 9 ans. »

Dans son *Traité d'accouchement*, *Spiegelberg* insiste sur les complications pulmonaires et les hémorrhagies de la délivrance. *Schroeder* est très bref sur le sujet qui nous occupe.

Dans la fameuse discussion qui eut lieu à la Société Obstétricale de Londres en 1875, le Dr Squires en parlant des accidents fébriles que peuvent déterminer la rougeole et la scarlatine lorsqu'elles surviennent pendant les suites de couches, fait remarquer qu'il y a tout comme dans les cas d'infection septique, suppression des lochies, de la lactation, etc., sans qu'il faille pour cela englober des choses si différentes sous la dénomination commune de fiè-

vre puerpérale : à propos de la rougeole il rappelle le fait suivant tiré des mémoires de Sydney : Lady Sydney, atteinte de rougeole met au monde le troisième jour de la maladie un garçon vigoureux qui avait lui aussi un exanthème rubéolique sur tout le corps. Néanmoins sa santé resta excellente, et il prit avec beaucoup d'avidité le sein de sa nourrice.

Nous arrivons maintenant à un travail véritablement important à celui de *Gautier* (*de Genève*), qui parut dans les *Annales de gynécologie*, 1879, tome XI, p. 321. Cet auteur commence par faire ressortir la rareté des observations de rougeole survenant dans l'état puerpéral, « on sait fort peu de chose, dit-il, sur le pronostic de la rougeole dans l'état puerpéral et la grossesse. » Il combat cependant l'opinion du professeur Bohn de Kœnigsberg, qu'il trouve par trop pessimiste. « Si tous les médecins qui ont été témoins de cas de rougeole chez les femmes grosses ou en couches, s'étaient donné la peine de faire connaître leurs observations nous posséderions probablement de nombreux documents sur ce chapitre de la pathologie puerpérale : je ne puis pour ma part qu'en citer un seul fait, mais il est en désaccord avec l'assertion du professeur Bohn. On verra que les autres exemples sont loin de permettre de tirer des conclusions définitives sur le degré de gravité de la rougeole dans l'état puerpéral. » Gautier fait remarquer, du reste, avec raison que « les épidémies de rougeole, comme de tout autre exanthème, varient d'ailleurs au point de vue de leur pronostic ; de là la nécessité de recueillir encore beaucoup d'observations et de les publier. » L'auteur rapporte

ensuite un cas de rougeole chez une femme enceinte, qui en effet s'est terminé très favorablement. Il ajoute « la période d'incubation n'a pas été plus longue chez l'accouchée que chez les autres membres de sa famille. » Et, en effet les symptômes d'invasion avaient précédé l'accouchement (Gauthier).

Le travail du Dr Underhill (*Measles in relation to pregnancy and the parturient state by Charles Underhill in the obstetrical journal of great Britann and Ireland*, July 15, 1880) est un des plus intéressants qui aient paru sur ce sujet, bien qu'il ne comprenne cependant que quelques pages. L'auteur fait d'abord remarquer combien la rougeole est contagieuse, et cependant l'infection n'est pas absolument forcée. Underhill, en effet, raconte à ce propos qu'une femme mère de quatre enfants eut la malchance de voir ceux-ci atteints de fièvre morbilleuse. Elle était alors au septième mois de sa grossesse, et comme elle ne se souvenait point du tout d'avoir eu la rougeole pendant son enfance, on lui conseilla de s'isoler, ce qu'elle ne voulut point faire; elle ne contracta point la rougeole, accoucha à terme et eut des suites de couche absolument normales. Après avoir rappelé les observations qui existent à l'heure actuelle dans la littérature médicale, et après avoir rapporté deux observations inédites qui lui avaient été communiquées, la première par Angus Mac Donald, la deuxième par Robert Bruce, il fait remarquer que le très petit nombre de rougeoles puerpérales suffit à démontrer que cette affection vient très rarement compliquer la grossesse et les suites de couches « cela est dû très probablement à une première attaque de rougeole

pendant l'enfance ; ce qui le prouve c'est que beaucoup de mères n'ont point eu cette maladie, bien qu'elles eussent continué à approcher leurs enfants atteints de rougeole. » Greene a cité des faits encore plus probants, il a vu des femmes en couche dormir dans le même lit avec leurs enfants atteints de rougeole et ne pas contracter celle-ci. Cependant l'immunité peut n'être pas absolue, ainsi que le prouve le cas de Chausit.

Tous les exemples de rougeole rassemblés à grand peine par Underhill, ne montent qu'au chiffre de 18. Avec un nombre aussi faible il lui est impossible de s'arrêter à des conclusions fermes. Cependant sur ces 18 cas constatons que 15 fois on a mentionné le sort de la mère et trois fois celui-ci est resté inconnu. Sept fois la rougeole est survenue pendant la grossesse, deux fois à 8 mois, deux fois à 7 mois, une fois à 6 mois une fois à 4 mois ; dans un cas le mois de grossesse n'a pas été noté. Sur ces 7 cas survenus pendant la grossesse deux fois on a vu la grossesse continuer son cours. Dans les 5 autres cas 2 guérirent, 2 succombèrent ; quant à la dernière malade son sort n'est pas connu. « De cette statistique il résulte clairement, dit Underhill, que la rougeole qui survient pendant la grossesse est un évènement toujours grave, que doit s'efforcer soigneusement d'éviter toute femme que ne garantit pas une attaque antérieure. »

Ces conclusions concordent, ainsi qu'il le fait remarquer avec les affirmations de Ramsbotham et d'autres auteurs, qui ont signalé la tournure défavorable que prennent les maladies contagieuses chez les femmes enceintes ; quant à l'immunité prétendue des femmes gravides, on n'a pas

présenté de faits suffisants à l'appui. Cependant Underhill ne peut s'empêcher de rappeler l'opinion contraire de Sir James Simpson. D'après cet auteur la rougeole, la variole, la scarlatine, sont rarement graves pendant l'état gravide. Il en est de même après le dixième jour de couches ; mais si la maladie contagieuse survient pendant les 5 ou 6 premiers jours, la terminaison est généralement fatale.

Voici maintenant ce qu'a relevé Underhill dans les 11 cas qui survinrent tout à fait vers la fin de la grossesse ou dans les suites de couches. Sur ces 11 cas 5 guérirent, 4 se terminèrent par la mort ; dans 2 cas le résultat final n'est pas mentionné.

Parmi celles qui guérirent l'accouchement survint 2 fois le second jour de la maladie et 2 fois le quatrième jour.

Parmi celles qui succombèrent une mourut pendant la période d'éruption, une autre atteinte le quatrième jour de ses couches succomba au dix-huitième jour d'une métropéritonite, une dernière atteinte de rougeole le quatrième jour après son accouchement succomba le surlendemain.

La rougeole serait donc tout particulièrement grave pendant les premiers jours des suites de couches ; c'est comme on le voit une opinion identique à celle déjà émise par James Simpson.

En 1885, *Angus Mac Donald* a communiqué à la Société Obstétricale d'Edimbourg un cas intéressant de rougeole survenu pendant la grossesse, et que nous rapportons plus loin. Comme l'auteur le fait remarquer, la marche de la maladie fut très bénigne, néanmoins on ne peut nier

que la rougeole ait hâté la date de l'accouchement, puisque la fin de la grossesse ne devait venir que le 22 juin et qu'elle a accouché le 8. Notons aussi la tendance à la dépression et aux lipothymies, et l'hémorrhagie qui s'est produite quelques minutes après l'expulsion du fœtus. Angus Mac Donald croit après une étude attentive des quelques faits publiés jusqu'ici pouvoir affirmer que la rougeole pendant la grossesse n'est point aussi redoutable qu'on l'a cru jusqu'ici. Les élèves de Simpson (et presque tous les membres de cette Société en sont, dit-il), se rappellent trop le cas rapporté par cet auteur où survinrent des phénomènes d'apparence septicémique fort grave. Il ne pense pas que la rougeole soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches, puisse devenir l'occasion d'une fièvre puerpérale. Néanmoins la rougeole serait dangereuse pendant cette période parce qu'elle hâte l'accouchement et parce qu'elle a de la tendance à s'accompagner de complications pulmonaires. Elle peut exposer aussi aux lipothymies et aux hémorrhagies *post partum*. Le Dr Simpson croit au contraire que la rougeole est très dangereuse quand elle survient dans le cours d'une grossesse et répondant à une insinuation d'Angus Mac Donald, il assure que le cas auquel on a fait allusion était bien de la rougeole ; ce qui le prouve c'est l'autopsie de cette femme faite par le professeur Turner. Du reste, il est prêt à convenir que tous les faits ne présentent pas une gravité semblable. Il faut compter, en effet, avec l'idiosyncrasie des sujets, ainsi que le prouvent les cas de variole chez les femmes enceintes.

Le Dr Wilson fit remarquer que si les femmes enceintes ont si rarement la rougeole c'est qu'elles l'ont presque

toujours eue pendant l'enfance. Le Dr Craig rapporte que malgré le nombre énorme d'accouchements qu'il a vu durant sa carrière il n'a jamais rencontré de rougeoles puerpérales.

Revenons maintenant aux auteurs français qui ont composé des traités d'accouchement dans ces dernières années. Commençons par le plus ancien celui de Jacquemier. Il est très bref « la scarlatine et la rougeole quand elles sont très intenses, se comportent souvent comme la variole, mais la terminaison n'est pas aussi souvent fatale, ni l'interruption de la grossesse aussi fréquente. »

Dans leur *Traité d'accouchement*, Tarnier et Budin (2e vol p. 13) font remarquer que « la rougeole n'est pas fréquente dans la grossesse. » Puis passant en revue les opinions émises par les auteurs ils concluent : « Les auteurs sont donc d'accord pour reconnaître que la rougeole est une affection grave chez la femme enceinte. » Voici comment ils se prononcent sur la difficile question de la *rougeole congénitale* : quant au fœtus il a souvent présenté des taches morbilleuses au moment de sa naissance ou peu de jours après, aussi s'est-on demandé si l'enfant d'une femme ayant eu la rougeole pendant sa grossesse devait être considéré comme réfractaire de cette maladie pour l'avenir. Deux faits signalés, l'un par Bohn et l'autre par Gautier montrent qu'il n'en est rien, et que l'enfant pourra plus tard contracter cette affection. Tarnier a observé le fait suivant : Une jeune femme à la fin de sa grossesse, alla passer une soirée dans une famille dont les enfants venaient d'avoir la rougeole. Quatre jours après son accouchement, elle fut prise d'une fièvre intense qu'on ne savait à quelle

cause rapporter, quand une éruption rubéolique vint l'expliquer. Le nouveau-né fut atteint à son tour, et devint très gravement malade. Heureusement la mère et l'enfant guérirent. »

Charpentier fait ressortir comme les auteurs précédents la rareté extrême des faits qui nous occupent. « La rougeole, dit-il (1er vol. de son *Traité d'accouchement*, p. 570), est rare pendant la grossesse, car c'est tout au plus si on peut en recueillir 20 ou 25 cas dans les différents auteurs. » Après avoir cité les idées émises par les différents auteurs, il s'exprime ainsi. « La rougeole pendant la grossesse prédispose donc peut-être à la mort du fœtus et à l'avortement. Elle n'est pas sans danger pour la mère ; pendant l'état puerpéral le pronostic serait moins grave ». Cet accoucheur distingué ne paraît pas avoir d'expérience personnelle sur ce sujet, du moins il n'y fait pas allusion ; mais il fournit en revanche des indications bibliographiques, qui nous ont été d'un précieux secours.

Ce qui prouve bien combien est exceptionnelle la rougeole pendant la grossesse et les suites de couches, c'est qu'*Hervieux* reste muet sur ce point dans son volumineux ouvrage sur « les maladies puerpérales ».

Il en est de même, ou peu s'en faut, pour *Siredey*.

Voici ce qu'il dit sur la rougeole dans son *Traité des maladies puerpérales*, page 449 : « La rougeole est extrêmement rare ; il n'est cependant pas impossible de la rencontrer si les femmes se trouvent exposées à la contagion. Cette maladie se présente d'ailleurs avec des symptômes assez nets, pour qu'on ne puisse guère la méconnaître. Si les phénomènes généraux sont masqués par les acci-

dents des suites de couches, les caractères propres de l'éruption et surtout le catarrhe des muqueuses, ne laissent pas subsister beaucoup de causes d'erreur, aussi ne pensons-nous pas qu'il y ait lieu de s'arrêter à cette description. Cette complication est d'ailleurs tout à fait exceptionnelle, en raison de l'âge des malades et de l'isolement relatif auquel les condamne leur position ».

ÉTIOLOGIE

L'étiologie est bien simple : *c'est la contagion.* Elle se trouve mentionnée très nettement dans la plupart des cas publiés. On a soutenu que les femmes enceintes possédaient une sorte d'immunité contre cette maladie comme on l'a dit pour la scarlatine, mais cette assertion ne semble pas reposer sur une base bien établie. La lecture des observations contenues dans ce travail semble en tout cas lui être peu favorable. Dans la compilation de Max Schurig on voit Rœssler mentionner un cas de rougeole puerpérale au septième mois de la grossesse ; celui dont parle Egbert s'était produit pendant les premiers mois de l'état gravide. Bourgeois a observé 15 cas de rougeole chez des femmes enceintes. Nous pourrions encore citer les cas de Guersant, Grisolle, Cazeaux, Gautier de Genève, etc., mais nous croyons inutile d'insister plus longtemps. Il est vrai cependant de dire que la *rougeole est très rare* dans le cours de la *grossesse*, mais cela résulte, ainsi que le disent Underhill, Angus Mac Donald, etc., non pas d'une immunité prétendue de la femme gravide, mais bien de l'existence presque constante d'une rougeole pendant l'enfance. Les femmes qui ne sont pas protégées par une première atteinte de cette maladie feront bien de suivre les sages conseils que leur donnent Tarnier et Budin dans leur excellent *Traité*

d'accouchement (voir *Pathologie de la grossesse*, II[e] vol., p. 17, article *Rougeole*), on y lira un fait qui lèvera tous les doutes.

Les jeunes primipares sont-elles plus sujettes que les autres femmes à contracter la rougeole ? Cette assertion de Seidl nous paraît dénuée de preuves.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ici encore on manque de documents, à cause du petit nombre d'observations que l'on possède ; or, de ce chiffre exigu il faut défalquer les cas très fréquents de guérison et ceux malheureusement assez nombreux où l'ouverture du cadavre n'a pas été pratiquée. Dans la première observation de Francis Bleynie les résultats de l'autopsie ne sont pas mentionnés ; mais dans la seconde observation il signale l'existence d'une métro-péritonite. Dans le cas de Legendre les lésions pulmonaires étaient très accentuées et très complexes. La plèvre gauche contenait une petite quantité d'un liquide louche. La plèvre droite présentait quelques adhérences fibrineuses. Le poumon droit ne s'affaissait pas normalement, et son sommet était atteint d'une pneumonie lobulaire arrivée à la période de suppuration. Le reste du parenchyme était œdématié. Le poumon droit offrait également les traces évidentes d'une pneumonie lobulaire. On retrouva, en outre, dans les deux artères pulmonaires des embolies volumineuses dont l'origine était intra-cardiaque. Le péricarde renfermait 60 grammes environ d'un liquide verdâtre, louche ; les deux feuillets poisseux présentaient des arborisations vasculaires très nettes. Le foie était atteint de la lésion appelée foie muscade. Rate et pancréas sains, mais les reins offraient manifestement les lésions d'une néphrite

parenchymateuse. Contrairement à la deuxième observation de Bleynie on ne constata pas de lésions du côté de la cavité pelvienne. L'utérus et ses annexes étaient revenus à leur état normal.

Dans le cas de Simpson il y avait dégénérescence granulo-graisseuse des principaux organes.

Il résulte de la lecture des observations recueillies par nous, que l'on n'a guère à redouter les complications inflammatoires du côté des organes génitaux ; celles-ci sont donc des complications rares.

SYMPTOMATOLOGIE

Le cours de la rougeole ne paraît pas avoir présenté dans les cas rapportés par les auteurs, les modifications importantes signalées dans la scarlatine puerpérale. Mais dans un grand nombre de nos observations on verra la convalescence s'établir lentement, péniblement.

La période *d'incubation* est assez mal déterminée : on a dit qu'elle était prolongée pendant la grossesse, mais cela sans preuves suffisantes. Elle paraît être de 8 à 12 jours.

Invasion. — L'invasion de la rougeole ne se fait point aussi brutalement que dans la variole :

La fièvre, et les symptômes qu'elle entraîne, tels qu'anorexie, insomnie, soif, malaise, et les phénomènes de catarrhe du côté des muqueuses oculaires, nasales, laryngées, bronchiques, constituent les traits les plus saillants de cette période.

Voici, en effet, comment débuta la maladie dans l'observation rapportée par Gautier de Genève. « Le 27 mars au soir apparaissent chez la malade des frissons, de la courbature, une toux fréquente et intense, du corrhyza, du catarrhe conjonctival. » Les yeux sont rouges et larmoyants, l'inflammation de la muqueuse nasale se traduit par de l'enchifrènement, une sensation de picotement et des éternuements très fréquents. Le catarrhe laryngé et bron-

chique se révèle par de l'enrouement, de la raucité de la voix, une toux qui souvent prend un caractère quinteux caractéristique (toux férine). Comme on le voit le tableau clinique ne diffère pas de celui qu'on voit habituellement en dehors des circonstances que nous étudions. Cependant il y existe quelques dissemblances. Beaucoup d'auteurs ont noté la *tendance à la prostration* et la nécessité de la médication tonique. De plus, on voit parfois survenir un phénomène qui n'est point habituel dans la rougeole de l'adulte. Nous voulons parler de la diarrhée, qui ne prend pas tout à fait, il est vrai, le caractère septique de celle de la scarlatine puerpérale (Obs. de Lomer ; Obs. de Legendre).

Eruption. — L'éruption n'offre guère non plus de particularités dignes d'être rapportées, ou du moins les auteurs n'ont pas signale les anomalies qui peuvent se produire. Dans l'observation de Schramm on note que l'exanthème morbilleux était tout particulièrement intense.

Desquamation. — La desquamation paraît se faire comme d'habitude.

Complication. — Mais ce qui est tout particulièrement intéressant à signaler ce sont les complications. La tendance à la dépression peut faire craindre des lypothymies (voir les observations d'Angus Mac Donald), cependant les troubles nerveux paraissent rares. Dans le cas rapporté par Simmons d'Ithaca (Amérique) il y eut un peu de délire, mais qui en somme n'entraîna pas de conséquence grave.

Les complications pulmonaires sont au contraire tout particulièrement à redouter. Nous les trouvons indiquées dans beaucoup de nos observations : Spiegelberg

a insisté sur leur fréquence et les grands dangers qu'elles font courir aux malades. Dans le cas de Legendre il y avait pleurésie, bronchopneumonie, embolie pulmonaire. Dans la première observation de Francis Bleynie on lit que « dès le début des phénomènes de catarrhe bronchique prennent une très grande intensité... la malade succomba à l'asphyxie résultat de la bronchite généralisée. » Dans l'observation inédite d'Underhill due à Robert Bruce il y eut peu de jours après le début de la rougeole bronchopneumonie. La malade du Dr Lomen de Hambourg fut atteinte le cinquième jour de ses couches d'une pneumonie lobulaire, etc.

Abordons maintenant un autre genre de complications qui tiennent surtout à ce que la femme est *enceinte* ou *vient d'accoucher*.

Lorsque la rougeole survient durant une grossesse elle entraîne très souvent l'avortement. Il suffit de parcourir l'historique de la question pour se rendre compte de cette fréquence; cependant dans les quatre cas signalés par Grisolle la grossesse continua son cours; il en fut de même dans le fait observé personnellement par Underhill, etc.

Nous renvoyons pour les chiffres relevés par nous au chapitre « Statistique » qui termine cette étude.

Quel est le mécanisme de l'avortement c'est ce qu'il est assez difficile d'établir. Peut-on incriminer l'hyperthermie? Nous ne le pensons pas. D'abord la rougeole même dans les suites de couche s'accompagne rarement d'une fièvre violente. Presque toujours on trouve 38°5, 37° quelquefois 40° mais pas au dessus. Mais même si la température atteignait

un chiffre d'une élévation inusitée, la question ne serait pas résolue pour cela.

On en a beaucoup rabattu dans ces derniers temps des idées émises pour la première fois par Kaminsky en 1866 (voir *Archives fur Heilhande*) et soutenu ensuite par Winkel en 1869. Max Runge, dans des expériences entreprises en 1876 dans le laboratoire du professeur Leyden à Strasbourg avait paru confirmer l'influence de l'hyperthermie. En opérant sur des chiennes et sur des lapines pleines il vit qu'en échauffant ces animaux dans des étuves le travail se déclarait dès qu'on dépassait le chiffre de 40°; à 41° les petits étaient encore vivants; à 42° ils venaient toujours en état de mort apparente ; dans des recherches plus récentes il reconnut que l'excitabilité de l'utérus était augmentée. Récemment les expériences de Doléris et Dore etc., ont renversé les résultats fournis par celles de Runge et ont démontré que le travail était dû à un échauffement rapide et brutal, c'est-à-dire à une modification de l'organisme maternel que l'on n'observe pas en clinique.

Les perturbations nerveuses excessives ne sont pas davantage à invoquer, puisque nous ne les avons pas vues mentionnées dans les cas dont nous avons recueilli l'observation.

Un autre facteur beaucoup plus important semble être l'asphyxie et la toux. Mais les complications pulmonaires arrivent exceptionnellement à un degré tel que l'on puisse se servir de l'asphyxie pour expliquer la production de l'avortement ; quant à la toux elle a été regardée comme un évènement très nuisible par Mauriceau et Levret.

Jacquemier et Cazeaux attribuent dans la grippe l'avortement aux quintes de toux qui influenceraient très défavorablement l'utérus gravide. Mais on a fait remarquer qu'un grand nombre d'affections thoraciques, avec toux quinteuse et persistante, pouvaient atteindre la femme enceinte sans déterminer l'expulsion de l'œuf. Dans la dernière épidémie de grippe qui s'est produite à Paris en 1890 nous avons vu un assez grand nombre de cas de cette maladie se produire pendant l'état gravide; les avortements ont été rares. Il faudrait donc admettre que la toux comme l'éternuement, comme les mouvements intempestifs, les promenades à cheval ou en voiture, n'agissent guère que sur des utérus prédisposés.

Nous croyons pour notre part que la vraie cause dans la majorité des cas serait la transmission du microbe du sang de la mère au sang du fœtus (1). Cette transmission ne serait pas forcée; elle nécessiterait même des conditions toutes spéciales du placenta, telles qu'hémorrhagies, dégénérescences, etc., de telle sorte qu'un assez grand nombre de fœtus peuvent échapper à l'infection, mais nous ferons remarquer que la tendance actuelle est d'expliquer ainsi la plupart des avortements qui se produisent dans le cours des maladies contagieuses. Les expériences de Davaine n'ont plus à l'heure actuelle la signification qu'on leur avait attribué; d'autres faits sont venus renverser une généralisation trop hâtive, et montrer que le placenta soit pour une raison, soit pour une autre, n'est pas toujours le filtre parfait qu'on avait rêvé.

1. Malheureusement le microbe de la rougeole n'est pas plus connu que celui de la variole ou de la scarlatine; c'est probablement un coccus.

Et d'ailleurs on n'a qu'à parcourir l'historique que nous avons fait de la question, et les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, pour voir combien souvent on trouve signalés chez les nouveau-nés, non seulement l'érythème à type rubéoliforme, mais encore des catarrhes oculaires, nasaux, et bronchiques; et même s'il n'y avait de bien net que l'érythème il s'est produit avec trop de fréquence pour qu'on puisse recourir toujours à ces rougeurs accidentelles qu'on rencontre de temps à autre chez le nouveau-né. L'immunité n'a pas toute la valeur qu'on lui a attribué. Si un sujet, ayant eu une rougeole congénitale, contracte la maladie une seconde fois, c'est qu'il y a pu avoir récidive ; or, l'existence de celles-ci sont aujourd'hui indiscutables ; elles sont même moins rares qu'on l'avait cru jusqu'ici. Chose remarquable, l'avortement est d'autant moins à craindre qu'on est à une période plus éloignée du terme de la gestation. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les graves dangers que peut amener cette cessation prematurée de la grossesse. Lors même que la rougeole ne s'est montrée que dans les derniers temps de la gestation il faut craindre les *hémorrhagies de la délivrance.* Spiegelberg les a signalées et en a montré la gravité ; dans le cas rapporté par Angus Mac Donald, cette tendance hémorrhagipare est très nette. Et maintenant reste une question fort délicate à résoudre. La rougeole ne pourrait-elle pas, en déprimant l'organisme et en troublant l'involution des organes génitaux favoriser le développement d'une infection septique lorsque la femme se trouve dans un milieu suspect, ou lorsqu'il existe des

déchirures contuses au niveau des parties génitales ? Les documents manquent pour donner une réponse satisfaisante, mais nous ferons remarquer que dans la deuxième observation de Francis Bleynie la malade a succombé à une métro-péritonite. D'autre part, l'expérimentation montre qu'un animal affaibli contracte plus facilement qu'un autre la septicémie.

PRONOSTIC

Comme le dit fort bien Gautier la pénurie des observations ne permet pas de s'arrêter à des conclusions fermes lorsqu'il s'agit de fixer la gravité du pronostic. Il combat cependant l'opinion de Bohn, qu'il regarde comme trop pessimiste, et nous pouvons dire comme lui que la lecture des observations qu'on a publiées ne permet pas d'en tirer des affirmations absolues. L'idiosyncrasie personnelle, le degré fort variable de gravité que présentent les épidémies morbilleuses, n'autorise pas à assimiler tous les cas entre eux. Cependant on peut dire avec Underhill et avec Budin que les femmes que ne protègent pas une première attaque feront bien d'éviter toute chance de contagion.

L'accouchement prématuré est d'autant plus à craindre qu'en outre des autres causes d'avortement, dont sont tout particulièrement pourvues les maladies générales infectieuses, il existe ici des quintes de toux qui sont bien propres, ainsi que l'ont remarqué les anciens auteurs à exercer une action défavorable sur l'utérus gravide, lorsque celui-ci est en état de prédisposition.

DIAGNOSTIC

Siredey fait remarquer avec justesse que le diagnostic de la rougeole durant la grossesse ne présente pas la moindre difficulté.

Nous croyons qu'il n'en est pas tout à fait de même dans les suites de couches. D'abord la scarlatine puerpérale, privée le plus souvent de l'angine pultacée qui en est un si précieux indis s'accompagne parfois de phénomène congestifs du côté des yeux et de l'appareil respiratoire. Puis les infections septiques, qui n'ont point toujours des déterminations génitales bien nettes, peuvent dans certains cas produire du catarrhe nasal et oculaire et un mouvement fluxionnaire assez intense pour simuler la rougeole. Lucas Championnière a insisté sur ces faits si curieux dans son remarquable article paru dans le *médecin praticien* en 1879, et nous croyons devoir à notre tour attirer l'attention sur cette source possible d'erreur.

TRAITEMENT

Le traitement est purement symptomatique : il faut soutenir les forces de la malade, qui, comme nous l'avons dit plus haut ont de la tendance à se laisser déprimer, et il faut combattre énergiquement dès le début les complications pulmonaires s'il s'en produit.

On devra aussi se rappeler, comme l'a fait remarquer Spiegelberg, que les hémorrhagies de la délivrance sont fort à redouter. Inutile de dire que la prophylaxie s'impose et que la malade doit être isolée des personnes qui n'ont pas encore eu la rougeole. Cette mesure est absolument nécessaire si l'on se trouve dans une maternité.

Nous pensons aussi qu'on fera bien de pratiquer une rigoureuse antisepsie des organes génitaux. Bien qu'il ne soit pas prouvé que la rougeole soit une cause favorisante de la fièvre puerpérale il ne faut pas oublier que l'involution est forcément troublée dans sa marche et que les forces de la malade sont déprimées ; condition éminemment favorable au développement d'une infection septique, ainsi que l'expérimentation sur les animaux le démontre.

OBSERVATIONS

Observation I (de Gautier, de Genève).

Annales de gynécologie, vol. XIe, année 1879, p. 5, § 22.

Mademoiselle X..., 25 ans, avait visité dans le courant de la première semaine de mars des enfants malades de la rougeole ; Après quelques jours de fièvre avec toux intense, larmoiement et coryza, l'éruption apparaît le 15 mars ; la maladie suit son cours normal sans complications.

Le frère de cette malade, M. X..., 29 ans, demeure à une dizaine de minutes de distance de l'habitation de sa sœur, il est allé la voir pour la dernière fois le 13 mars deux jours avant l'apparition de l'exanthème chez Mlle X...

Les premiers symptômes surviennent le 26 mars, et le 30 je constate l'existence des taches rubéoliques au palais, au voile du palais et sur le sillon naso-labial ; le surlendemain, 1er avril, l'éruption est générale. La marche de la maladie a été également régulière et exempte de complications.

La sœur cadette, Mme X..., 24 ans, se trouve à la fin du neuvième mois de sa quatrième grossesse ; sa demeure est éloignée aussi de 9 à 10 minutes de celle de sa sœur ; il n'existe aucun cas de rougeole dans la maison qu'elle habite ; Mme X... a vu sa

sœur pour la dernière fois le 16 mars, veille du jour où l'exanthème est apparu chez celle-ci. Vu son état de grossesse, Mme X.... avait cherché à éviter toute espèce de contact avec des malades. Le 27 mars, au soir, apparaissent chez elle des frissons, de la courbature, une toux fréquente et intense, du corysa, du catarrhe conjonctival ; les mêmes symptômes persistent le 28.

Le 2 mars. — A 11 heures du soir la malade accouche d'une fille après un travail facile.

Au moment de l'accouchement le pouls est à 108°, la peau chaude, enrouement, toux, coryza. La perte sanguine n'a pas dépassé la quantité normale, la délivrance naturelle n'a pas été suivie de frisson.

Le lendemain 30 mars, à 9 heures du matin, le visage, le cou et la poitrine sont parsemés de taches de rougeole. Angoisse, larmoiement, éternuements, rien à l'auscultation. 110 pulsations, température axillaire, 39°,4. Lochies normales. Mme X... allaite son enfant, qui ne quitte pas sa chambre, ne manifeste aucun malaise ni aucune tache à la peau.

31 mars. — 100 pulsations. T. a. 37°,9 le matin, 37°,5 le soir. L'éruption est très abondante sur le tronc, plus discrète sur les membres.

1er avril. — 76 pulsations, sommeil normal, appétit. L'éruption pâlit, les taches ont pris une teinte d'un brun clair, sécrétion lactée abondante, l'enfant ne quitte pas la chambre de sa mère, il tète régulièrement et n'a pas un instant de fièvre, ni aucun symptôme catarrhal ; la peau a toujours eu sa coloration normale. Aucune complication n'est survenue chez Mme X... ; elle a pu se lever deux semaines après son accouchement.

Observation II (de Doléris).

(*Archives de tocologie*, Ier volume, année 1874, p. 375).

Aline Mercier, âgée de 21 ans, journalière, arrive à l'hôpital des cliniques le 17 avril, à une heure du matin, en proie aux douleurs vives et fréquentes, qui caractérisent un travail déjà avancé.

Cinq heures après son entrée, elle accouche d'un enfant pesant à peine 750 grammes, qui donne quelques signes de vie au moment de la naissance et meurt peu de temps après ; il est manifestement né avant terme. La mère nous apprend, en effet, que sa grossesse ne date que de 6 mois environ ; elle a eu ses dernières règles au commencement du mois de décembre dernier. Aucun accident n'a signalé la dernière phase de la gestation ; la malade exerce une profession qui nécessite peu de fatigue, elle travaille assise. C'est à peine si elle a éprouvé quelques légers troubles dyspeptiques, tels que dégoût pour certains aliments, nausées parfois, mais jamais de vomissements. Huit jours avant son entrée à l'hôpital elle a commencé à ressentir quelques douleurs lombaires vagues, accompagnées de courbature, de malaise général, avec un sentiment de faiblesse et de pénible lassitude. Ces phénomènes peu accentués, quoique persistants, ne l'empêchèrent point de vaquer à ses occupations habituelles. Cependant vers la fin du premier septenaire, cet état se compliqua d'un léger mouvement fébrile ; il s'y joignit de la constipation, la perte de l'appétit, et une soif assez vive ; la langue devint saburrale, les yeux larmoyants. C'est par hasard dans l'après midi du huitième jour, que la malade s'aperçut que son visage, déjà congestionné dès le matin, présentait une

sorte de pointillé d'un rouge vif sur un fond plus pâle, dû à l'éruption de taches très nombreuses, légèrement saillantes, et ressemblant très exactement aux taches de la rougeole. Il est important de noter qu'ayant été atteinte de cette maladie dans sa première enfance, et s'étant crue désormais à l'abri, elle fut loin de songer qu'il s'agissait d'une seconde apparition de cette affection. Ne se sentant pas plus malade qu'à l'ordinaire, elle se coucha le soir à son heure habituelle. Elle fut réveillée le matin vers huit heures, par quelques douleurs qu'elle ressentait dans l'abdomen : effectivement le travail commençait. Les douleurs continuèrent pendant toute la journée, elle arriva dans les salles le lendemain à une heure. Il est facile, de constater, sur toute la surface du corps, une éruption rubéolique manifeste, les taches sont excessivement nombreuses, de couleur rouge vif, légèrement acuminées pour la plupart, particulièrement abondantes sur le visage, les parties latérales du cou, la poitrine et les mains. Sa conjonctive est congestionnée, les yeux et le pharynx sont le siége de légers picotements, la muqueuse buccale est rouge, la langue blanche et sèche, la fièvre ne présente pas une grande intensité. La poitrine est sonore à la percussion, elle n'offre à l'auscultation aucun bruit anormal. D'ailleurs la malade ne tousse pas. L'évolution des taches a suivi son cours ; à la fin du quatrième jour, elles ont complétement disparu. Du reste l'état général a été fort peu troublé ; il est aujourd'hui des plus satisfaisants. La malade se dispose actuellement à quitter l'hôpital.

Observation III (de Franeis Bleynie).

Chirurgien de la Maternité de Limoges. *Annales de gynécologie*, XII° vol., année 1879, p. 385.

Anna P..., âgée de 20 ans, est prise de rougeole à la fin du huitième mois de sa grossesse. Nous étions alors (février) en pleine épidémie. L'éruption se fait bien, mais dès le début les phénomènes du catarrhe des bronches prennent une très grande intensité. Le 1er mars, après la cessation de l'exanthème, cette femme accouche d'un enfant mort peu de temps avant le travail, et ne présentant aucun symptôme de la maladie de sa mère. Bien que l'accouchée offre quelque amélioration dans son état pendant les deux jours suivants, elle succomba le 6 mars à l'asphvxie, résultat de la bronchite généralisée.

Observation IV (de Francis Bleynie).

Valérie D..., âgée de 26 ans, accouche à terme, le 13 mars 1879, d'un garçon bien portant. Quatre jours après l'accouchement cette femme est prise de rougeole. Cette maladie suit ses phases sans complication apparente. Craignant la contagion pour les accouchées, je fais transporter cette femme dans une salle de malades, où elle succombe le 4 avril à une métro-péritonite, dont les lésions ont été constatées par l'autopsie. L'enfant qui pendant la rougeole de sa mère a été allaité par elle, a été atteint par la maladie une dizaine de jours après sa naissance ; il est aujourd'hui bien portant.

Observation V (inédite de Underhill).

Communiquée par Angus Mac Donald. Voir *the obstetrical journal of great Britain and Ireland,* 1880, p. 390.

Mme M..., septième mois de la grossesse, a déjà eu deux enfants; le 21 mars on aperçoit sur tout le corps de la bonne des enfants une éruption rubéolique caractéristique : M... quitte son domicile pour aller habiter Reswick le 26 mars, elle y reste jusqu'au 31 mars, jusque-là les enfants semblaient parfaitement indemnes; mais le lendemain du retour de madame M..., les enfants présentent le rash caractéristique. Comme cette femme n'avait jamais eu la rougeole on la sépara aussitôt de ses enfants. Le 16 avril elle tombe malade et le 20 apparaît sur tout le corps un exanthème embolique très marqué. La fièvre fut très violente; malheureusement on ne prit pas de traces thermométriques, le 21 mars, grand malaise et vomissements abondants, pas de contractions utérines. Le 22 mars, les vomissements cessent ; la malade se trouve beaucoup mieux, dès lors guérison rapide. Elle accouche le 29 mai d'un enfant vigoureux du sexe féminin.

Observation VI (inédite de Underhill).

Communiquée par le Dr Robert Bruce (voir id., p. 391).

Mme M..., au huitième mois de sa grossesse, a eu une grossesse antérieure; elle contracte la rougeole le 4 mars 1878; peu de jours après broncho-pneumonie.

Le 9 mars. — Situation très grave. Respiration rapide et pénible, pouls très fréquent; douleurs violentes dans les reins, le travail se déclare le 10 mars, et l'accouchement s'effectue normalement. L'enfant ne survit que pendant 2 heures, sa respiration n'ayant jamais pu devenir régulière. Après l'accouchement, mêmes symptômes qu'auparavant.

Le 11 mars. — P. 136. T. 103 F.

Le 12. — T. 103. 50 respirations par minute.

Le soir du 14 mars. — P. 145. T. 103°,4 F. R. 60 par minute. A partir de ce jour la marche va en s'améliorant, mais avec lenteur : ainsi le 18 mars. P. 110. T. 101 F.

Le 28. — P. 82, mais T. normale les respirations sont toujours fréquentes (30 par minute), la guérison s'est faite néanmoins complète et durable.

Observation VII (de Legendre).

Progrès médical, 1880, n° 42, p. 828. État puerpéral, rougeole, broncho-pneumonie, embolie pulmonaire.

La nommée P... Marie, 27 ans, journalière, entre le 22 février à la salle Sainte-Anne, à Lariboisière, service de M. Siredey.

Accouchement normal, à terme, le même jour, à 5 heures du matin, d'un enfant bien conformé. Sa mère ne présente rien à relever au point de vue de la constitution.

13 février. — L'utérus revient dans la cavité pelvienne. Coryza, larmoiement, céphalalgie-bronchite. T. 38°,9. Le soir quelques boutons à la figure remarquées par l'infirmière.

14 février. — Éruption rubéolique sur la face, la poitrine, rare sur le ventre, et les membres inférieurs, forme boutonneuse. Toux sèche. T. 38°,1, passage en médecine, salle Sainte-Geneviève, lit n° 17.

15 février. — La rougeole est dans le plein de son éruption. Bronchite généralisée double, crachats purulents, nummulaires (la malade se souvient avoir vu et pris dans ses bras, 15 jours avant son entrée, un petit enfant atteint de rougeole). T. matin, 39°,5 ; soir, 40°.

16 février. — L'éruption s'éteint. Le catarrhe morbilleux s'accentue. Râles fins, pas de souffle. Diarrhée. L'utérus se retire, le ventre est souple. Potion de Todd avec 8 gouttes de laudanum. T. matin 39°; sur 39°,9.

17 février. — Même état, crachats opalins visqueux. Julep, morphine, 40 grammes. Kermès, 0 gr. 10. T. matin 39°,4, soir 39°,3.

Du 18 au 21 février. — L'état reste stationnaire, on peut espérer alors la résolution. Encore de la diarrhée et un peu de subdélirium. La température descend de 39°,8, à 38°,5.

22 février. — Oppression plus vive, râles fins, crépitants dans toute la hauteur des poumons, mais pas de souffle tubaire. Délire, agitation, conversations solitaires. Demande de nourrice pour l'enfant. Rien au cœur. Julep, Kermès : acide ammoniaque 6 grammes. Inhalations d'oxygène. T. matin 38°,8, soir 40°,4.

23 février. — Accès de suffocation durant 1 à 2 heures, avec menaces d'asphyxie. Délire la nuit, aggravation de l'état. Les bruits pulmonaires couvrent la région précordiale, que l'on ne peut explorer. T. matin 38°,5, soir 40°,6.

24 février. — Mêmes signes, pas de souffle. Albumine abondante dans les urines. T. soir 39°,8.

25 février. — Respiration entrecoupée. Cyanose, asphyxie lente. Plaintes incessantes. Pouls rapide, petit, traitement, sirop de sulfate de strychnine. 2 à 4 cuillerées. T. matin 39°,2, soir 39°,6.

26 février. — Mouvements respiratoires s'éloignant de plus en plus, l'hématose ne se fait plus. Agonie, la connaissance res-

tant entière; mort à 7 h. 1/2 du soir. T. matin 39°; soir 38°,6.

Autopsie. — Je dois à M. Mayor, directeur adjoint du laboratoire de Clamart, les détails de l'autopsie faite le 28 février. *Cavité thoracique, plèvre gauche ;* on y trouve une petite quantité de liquide louche; épaississement dans tout le feuillet costal, auquel le poumon adhère faiblement quelques brides récentes au niveau de la plèvre médiastine en avant et de la plèvre diaphragmatique. *Plèvre droite,* légères adhérences au sommet et à la base. *Poumon gauche,* il ne s'affaisse pas normalement; sur la coupe on remarque que le sommet est le siége de *pneumonie lobulaire* arrivée déjà à la période de suppuration intra-lobulaire. Le parenchyme est œdématié. Vers la partie moyenne on voit une sorte d'abcès, à parois irrégulières, infiltrée de pus, résultat d'une fente purulente du tissu avoisinant.

Le lobe inférieur présente des lobules rouges foncés, comme hépatisés et des lobules gris en suppuration, disséminés et séparés par des portions de poumon sain. A la partie inférieur du lobe supérieur, il y a réellement pneumonie pseudo-lobaire (un fragment plongé dans un vase d'eau gagne le fond).

Dans l'artère pulmonaire, on trouve, en incisant une branche de bifurcation supérieure, un caillot de la grosseur d'une petite amande, irrégulier sur ses faces, et situé à l'origine d'une forte collatérale; cette artère et les petites branches qui en partent au niveau du caillot, sont oblitérées par des coagulations cruoriques, quant au caillot, libre vers sa surface, qui regarde le centre circulatoire, il est sec, un peu friable, blanc jaunâtre, exactement d'origine embolique. Le département de parenchyme pulmonaire correspondant à l'artère oblitérée, appartient au sommet de l'organe.

Il est encore le siége de pneumonie lobulaire grise, d'œdème, et d'un infarctus hémorrhagique ancien.

Bronchite interne des grands et petits canaux.

Poumon droit. — A la coupe, lésions de pneumonie lobulaire dans les parties supérieures. Le lobe inférieur est simplement congestionné. A partir de la première subdivision du hile, les canaux bronchiques sont tapissés d'une fausse membrane très peu adhérente, mais consistante, élastique, au-dessous de la muqueuse et simplement congestionnée. Dans la partie postérieure du lobe inférieur et vers le bord inférieur du poumon se trouve un infarctus presque pyramidal, à base externe, cet infarctus offre la coloration noire, caractéristique, et à la coupe il présente l'aspect d'un triangle, de trois centimètres environ de côté.

En ouvrant les artères de ce poumon on trouve au niveau du hile de petits caillots fibrineux très élégamment ramifiées, mais dans le tronc qui nourrit le département siége de l'infaretus au niveau de l'origine d'une collatérale, se présente un caillot un peu allongé, du volume d'un gros pois-chiche, il offre les mêmes caractères que ceux du caillot trouvé dans l'artère pulmonaire du côté gauche, il se continue également vers la périphérie avec des coagulations cruoriques, tandis que son extrémité centrale libre montre une cassure grenue qui dépite l'origine embolique.

Cœur. — Le péricarde contient 60 grammes environ de liquide verdâtre, louche. On voit des arborisations inflammatoires sur ses deux feuillets; reliées par place par de fausses membrane-récentes et frlalables, *les valvules* sont saines. Dans le ventricule *droit*, près du sommet et contre la face postérieure, on remarque un caillot de la grosseur d'une amende, dont l'extrémité supérieure, évidemment rompue, et continuée par quelques filaments fibrineux franchement déposés. Le caillot offre le même aspect que ceux trouvés dans les artères pulmonaires.

On trouve quelques caillots d'agonie sans importance.

Tube digestif intact ; foie muscade, *rate et pancréas sains* Reins atteints manifestement de néphrite parenchymateuse.

Vessie saine. *Utérus et annexes*, revenus à leur état normal. *Encéphale* légèrement congestionné.

OBSERVATION VIII (du Dr Lomen, de Hambourg).

Centrallblatt fur gynœcologie, n° 48, p.826, vol. 13. année 1889.

Le cas suivant a été observé par moi, grâce à l'amabilité du Dr Storch.

E..., non mariée, âgée de 22 ans, n'a jamais été malade et ne se souvient nullement d'avoir eu la rougeole pendant son enfance. Elle devient enceinte pour la première fois vers la fin d'octobre 1887 : elle attendait ses couches pour le mois de juillet 1888 : le faubourg de Saint-Paul qu'elle habitait fut sur ces entrefaites le siège d'une épidémie de rougeole très intense ; le 7 juin, elle est atteinte de frissons très intenses, de toux, de dysphagie : sensation de brûlure aux yeux, diarrhée. Le 8 juin, à 4 heures, les douleurs commencent et à 11 heures du soir elle accouche normalement d'un enfant vigoureux, lorsque le Dr Storch visita le lendemain, à 9 heures du matin, cette femme, il trouva sur son corps et sur celui de l'enfant, un exanthème rubéolique caractéristique, celui-ci était encore visible le 11, quand je fis ma première visite, très net sur la mère, il consistait chez l'enfant surtout en taches sombres assez visibles sur la face et sur la poitrine. La nouvelle accouchée fut atteinte le cinquième jour de ses couches d'une broncho-pneumonie qui la tint longtemps au lit. L'enfant mourut d'une diarrhée dans le cours de la quatrième semaine de son existence, cela est dû probablement à ce qu'il était né avant terme et qu'il n'a pas été soigné suffisamment (enfant illégitime).

Observation IX (d'Angus Mac Donald).

(*Obstetrical Transactions of Edinburgh*, vol. X, 1885, p. 22).

Madame V..., 26 ans, primipare, habitant Edimbourg et attendant la fin de sa grossesse vers le 27 juin 1884, a le malheur de voir la rougeole éclater dans la maison où elle habite vers le mois de mai. Le malade est veillé assidûment par madame V..., pendant trois jours ; cette dame ne se souvient pas d'avoir jamais eu la rougeole. Elle quitte ensuite son appartement et va habiter dans un autre quartier.

Le 5 juin. —Deux jours après en déménagement douleurs dans la gorge, coryza ; peu après éruption morbilleuse. Le matin T. 99,6 F. le soir 102 F..

6 juin. — Le rasch rubéolique s'est répandu sur tout le corps, toux légère. T. comme le premier jour, durant la nuit quelques douleurs dans les reins.

7 juin. — A la visite du matin col de la matrice dilaté : ouverture de l'orifice externe de la grosseur d'une pièce de 2 francs, la tête de l'enfant appuie dessus : poche des eaux, plate en dessous de cette tête. T. 99,5 F. le matin et 100, 2 F. le soir. Pendant la nuit le travail s'établit complètement.

8 juin. — A 5 heures du matin, la malade accouche d'un enfant vigoureux du sexe féminin. Pendant la délivrance, sensation de faiblesse très marquée. Pouls rapide et mou, hémorrhagie *post-partum* assez abondante, qu'on arrête par une injection d'ergotine avant l'extraction du placenta et par l'excitation manuelle des parois utérines. Peu après la température tomba au-dessous de la normale, on administre des spiritueux à la

malade pour combattre les symptômes de faiblesse et la ten dance aux lypothymies, T. soir le 100,2 F.

Depuis ce jour convalescence, la température ne s'est jamais à partir de ce moment élevée, au-dessus de 100°, lactation comme d'habitude, aucune complication.

R. à la fin de la première semaine le nouveau-né présenta un érythème qui pouvait bien être de nature morbilleuse, mais qui ne s'accompagne ni d'élévation de la température, ni d'accélération du pouls.

Observation X (de Simmons).

D'Ithaca, Etats-Unis, *New-York médical journal*, 1885, vol. 42, p. 27.

La malade s'était plainte le 20 mars 1885 de maux de tête, de dysphagie ; le lendemain elle se mit à tousser, le soir commence le travail qui se continue pendant toute la nuit. Je vois la malade pour la première fois le 22 mars, le ventre est flasque, et les douleurs ont à peu près disparues. La conjonctive, le palais, la gorge sont rouges, elle tousse un peu. Les douleurs reprennent à 6 heures du soir et l'enfant est expulsé à 1 heure 30 du matin, l'accouchement fut tout à fait normal : 7 heures après le rash rubeoliforme apparaît sur la face et sur le cou : Un peu de délire. P. 128. T. 104° F.

Je suis obligé de pratiquer le cathétérisme de la vessie jusqu'au 3 avril, car il n'y avait ni désir ni pouvoir d'uriner, la quantité moyenne d'urine par jour est une pinte : pas d'albuminurie. Le 24 mars, T. 100° F. et P. 108 ; langue humide, la malade a passé une très bonne nuit, mais il y a eu un peu de subdélirium ; l'éruption rubéolique couvre tout le corps. Toux intense comme dans les fortes bronchites, intestins un peu douloureux, bien que la pression abdominale soit bien supportée,

lochies normales la nuit suivante. P. 100. F. T. 101. Pas de tympanite le 27 mars. T. 100. P. 120 ; le ventre n'est pas sensible, mais il y a des douleurs de reins et les lochies sentent mauvais : leur quantité, du reste, est normale. Seins pleins de lait, le soir T. 99 F. P. 100, selle abondante. Depuis ce moment convalescence. Elle peut se lever le seizième jour de sa maladie.

R. il y avait à ce moment une violente épidémie de rougeole dans la ville, et il y avait eu un cas de cette maladie dans la maison de ma cliente quelques jours auparavant. Sachant que cette femme n'avait jamais eu la rougeole je lui conseillais de s'éloigner, ce qu'elle ne fit pas.

Le 29, le nouveau-né a un peu toussé, et le 30 il a eu un érythème léger, qui n'a pas tardé à disparaître. Depuis il se porte bien.

Observation XI (de Schramm).

Voir *Centrallblatt fur gynæcologie,* 1888, page 796.

J. R..., 22 ans, d'une constitution vigoureuse : elle a dormi au huitième mois de sa grossesse dans une chambre où se trouvait un petit malade atteint de rougeole. Le 27 mai 1888, elle présente les phénomènes suivants : Toux, photophobie, céphalalgie, douleurs lombaires. Le lendemain, éruption rubéolique particulièrement intense au visage, et qui envahit rapidement tout le corps. Toux aboyante, dyspnée, sténose commençante du larynx, rougeurs marbrées dans le gosier, photophobie conjonctivale. Le 1er juin, au moment de son admission à la Maternité (de Dresde). T. 38°,4, mais le lendemain la température est redevenue normale, dyspnée encore augmentée : l'érythème morbilleux est à son apogée : dans l'après-midi douleurs qui croissent sous l'influence d'injections vaginales, mais elles n'arrivent pas

à chasser la tête dans l'excavation, on abandonne les douleurs à elles-mêmes, respiration très gênée à cause de la sténose du larynx : la nuit l'accouchement ne faisant pas de progrès, on recourt au forceps et on retire un enfant débile, qui respire mal, respiration artificielle, néanmoins il succombe au bout de deux heures : sa peau est parfaitement normale. Pendant les premiers jours des suites de couches, état dc la malade peu satisfaisant : lochies sanglantes très abondantes, sueurs très marquées, mais la dyspnée diminue. T. 38°,5, l'exanthème pâlit : la température reste fébrile et se maintient à 38°,5, elle atteint même 40°,5 le 15 juin : otite moyenne purulente à droite : perforation du tympan de ce côté, l'emploi de l'antipyrine ramène peu à peu la température au chiffre normal.

Le 29 juin, la malade peut quitter le lit.

SCARLATINE PENDANT LA GROSSESSE

ET LES SUITES DE COUCHES

INTRODUCTION

La scarlatine dite puerpérale a soulevé les discussions les plus vives et les opinions les plus contradictoires entre les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, qu'on a embrouillé comme à plaisir. Cette dénomination très vicieuse, du reste, est due à Helm ; elle cache des choses très dissemblables. On y a englobé des scarlatines véritables, des infections septiques à exanthème scarlatiniforme, et des éruptions cutanées d'origine médicamenteuse. Cela ne serait certes pas arrivé si la scarlatine avait un caractère aussi tranché que la variole ou même la rougeole; non-seulement il n'en est pas ainsi, mais on peut dire que son aspect souvent très indécis, se trouve encore plus ou moins altéré par les circonstances au milieu desquelles la maladie se développe.

Après avoir fait un triage nécessaire, mais rendu fort difficile par le peu de netteté des phénomènes, l'absence habituelle d'angine, le mimétisme souvent parfait dont sont capables certaines affections, dont la nature est tout autre que la scarlatine, de telle sorte que les anamnestiques, vu l'absence actuelle de criterium bactériologique restent encore le meilleur appui du clinicien quand il veut établir un diagnostic, il reste à trancher des points aussi importants que délicats, tels que l'immunité de la grossesse, la plus longue durée d'incubation durant la

gestation, la porte d'entrée habituelle du miasme scarlatineux, les modifications symptomatiques engendrées par l'état puerpéral, la fréquence des complications génitales, la production possible d'une infection septique secondaire.

Nous sommes loin de nous flatter d'avoir résolu ces questions tout particulièrement difficiles, mais nous nous sommes efforcé d'en donner des solutions les plus probables. Quelques-uns des chapitres de cette étude ont été rédigés par Durand, ainsi que l'indique une note annexée à ces chapitres. Nous nous sommes bornés pour l'historique à reproduire celui de sa thèse inaugurale, auquel nous n'avons fait subir que des modifications légères :

DE TORNÉRY.
Ancien interne des hôpitaux.

HISTORIQUE [1]

WELSCH.

La première description semblant se rapprocher d'une scarlatine puerpérale (car sa relation laisse des doutes) est due à Welsch, qui se fit l'historien d'une épidémie de scarlatine survenue à Leipzig chez les nouvelles accouchées. En outre de l'éruption survinrent des phénomènes graves qui dans la plupart des cas déterminèrent la mort (Voir Welsch, *Historia médica novum puerperarum morbum continens*. Leipzig, 20 avril 1655).

AUTEURS DU XVIIIe SIÈCLE (2).

Hamilton en 1740, Ludwig en 1758, Brioude en 1782 signalèrent des faits analogues. La relation de Brioude médecin de la haute Auvergne est assez curieuse : Il paraît que dans la petite vallée (le vallon de la Jordane) où la maladie éclata les décès furent tellement nombreux chez les nouvelles accouchées que les jeunes filles, peu soucieuses d'encourir de si grands dangers, renoncèrent volontairement au mariage. Rapportons encore les épidémies qui éclatèrent à Francfort, Paris, Berne, Nice, Augs-

1. Voir thèse de M. Durand d'où est emprunté cet historique.
2. Note communiquée par M. de Tornéry.

bourg, etc., etc. Les médecins ne croyaient pas, ainsi que le fait observer Guéniot, être en présence de la scarlatine. Ils rattachaient, en général, les accidents observés à la fièvre miliaire que l'on regardait alors comme essentielle et dont tout le monde admettait l'existence (Voir Levret). Hamilton lui donnait le nom de fièvre miliaire, Hecquet celui de fièvre rouge, ou pourpre bleu, Ludwig celui de miliaire rouge épidémique des nouvelles accouchées Mais tout cela était encore très diffus, et pour rencontrer des travaux utilisables, il faut descendre à Malfatti. La ville de Vienne (Autriche) fut en 1799, le théâtre d'une épidémie exanthématique qui prit des proportions considérables. La maladie revêtit un caractère particulièrement pernicieux chez les femmes en couches en traitement à la Maternité. Nombre des sujets atteints succombèrent. Presque dans tous les cas la maladie se déclarait du deuxième au septième jour. En général, pas d'angine, ni de dysphagie. Le plus souvent le ventre restait souple, avec un peu de sensibilité du côté de l'utérus. L'érythème, toujours très intense, apparaissait les troisième quatrième ou cinquième jour de la maladie.

Il prenait bientôt une teinte sombre et livide, le délire éclatait, et la malade était rapidement emportée. Les autopsies ne démontrèrent aucune altération, aucun épanchement du côté du péritoine, ou bien il existait des lésions utérines insignifiantes. Il y eut des cas de contagion dans l'entourage. Une infirmière contracta un érythème typique, et il en fut de même pour quelques enfants des salles. Dès ce moment le mot de scarlatine est prononcé, et d'ailleurs la fièvre miliaire est déjà depuis

quelques années rayée du cadre pathologique ; de Haën a démontré que ce n'est point une maladie essentielle, et que les sudamina apparaissent dans un grand nombre de circonstances différentes.

MALFATTI (*Hufelands journal*, vol. XII, 1800). (1)

Nous croyons devoir rapporter ici la relation que Malfatti (1) a faite de cette épidémie, à cause de son importance et des fréquentes allusions auxquelles se sont livrés à son égard la plupart des auteurs qui ont écrit une monographie sur la fièvre puerpérale.

Après avoir essayé de prouver par un passage de Thucydide sur la guerre du Péloponèse, que les anciens, tout en ignorant la variole et la rougeole, avaient cependant quelques connaissances de la scarlatine, et, après avoir fait ressortir le caractère malin que revêt parfois cette maladie, il ajoute : « J'ai pu particulièrement m'en rendre compte dans la redoutable épidémie qui se développa de la façon la plus étrange et la plus épouvantable dans la Maternité de Vienne. Sans avoir amené de complications génitales, empruntant, pour ainsi dire, un masque étranger et s'accompagnant de symptômes également douteux pour les malades et les médecins, ce fléau frappa inopinément toutes les nouvelles accouchées, tuant le plus souvent celles qu'il atteignait. Autant il était facile de découvrir le danger immense qu'il faisait courir aux malades à cause de sa marche fou-

1. Traduit pour nous de l'Allemand par M. de Tornéry.

« droyante et mortelle, autant il était difficile de pouvoir « intervenir à temps. Malgré l'expérience chèrement ac« quise que nous pouvions avoir de cette affection la mor« talité ne diminuait ni en ville ni à la Maternité. Sans « entrer dans une explication détaillée de tous les cas « dont j'ai recueilli l'observation, je vais en donner un « bref résumé, que je ferai suivre de quelques remarques « et considérations.

« Le premier jour qui suivait l'accouchement n'était « marqué par rien de spécial, sauf l'abondance de l'écou« lement. Puis subitement les parturientes étaient prises « dans le courant du deuxième jour, quelquefois aussi « entre le sixième et le septième de frissons, de maux « de tête, bourdonnements d'oreilles, accompagnés bien« tôt de malaise général et de chaleur à la peau. Le pouls « devenait plus rapide et plus faible que d'habitude ; le « cou et la face rougissaient légèrement principalement « au niveau des paupières, les yeux étaient souvent lar« moyants. Il survenait aussi une légère toux sèche et « parfois, mais très rarement, un mal de gorge. La déglu« tition n'était nullement gênée et la poitrine restait « libre. On déterminait une douleur profonde mais fai« ble en pressant légèrement sur l'utérus, mais le ven« tre restait somme toute indolore et souple. Quant aux « lochies, tantôt elles prenaient une très mauvaise odeur, « tantôt elles conservaient leurs caractères habituels. « L'appétit était légèrement diminué, l'urine semblait « normale ; on ne constatait ni vomissements, ni diarrhée. « Dans les cas qui se produisaient le troisième jour la « sécrétion lactée se trouvait diminuée, les seins deve-

« naient douloureux, de telle sorte qu'on pouvait songer
« au début de l'affection à une légère fièvre de lait. La
« nuit suivante était tranquille ; le lendemain, ordinai-
« rement vers le soir, la rougeur du visage se fonçait et
« s'étendait à toute la poitrine, ne nous laissant plus la
« possibilité de méconnaître l'exanthème. La toux et le
« malaise augmentaient, mais sans s'accompagner de
« mal de gorge. Le pouls qui au début était presque
« régulier, devenait rapide et dur ; la peau était humide ;
« la céphalalgie augmentait et parfois il survenait des
« épistaxis peu abondantes. La nuit, le sommeil était
« interrompu, la fièvre s'exagérait, l'éruption s'accen-
« tuait de plus en plus, la soif devenait plus vive, mais
« la langue était le plus souvent molle et humide. Le
« matin il se produisait une diminution de la fièvre, la
« toux cessait, et si par hasard la malade avait eu un
« peu mal à la gorge la nuit, la dysphagie disparaissait, à
« ce moment de la journée les lochies continuaient, l'exan-
« thème s'effaçait comme s'il ne s'était jamais produit,
« mais vers le soir il se fonçait beaucoup plus que la
« veille et envahissait les membres. Les accidents fébri-
« les augmentaient en même temps, sauf le malaise ; le
« pouls devenait faible et rapide, la peau sèche ; l'utérus
« continuait à rester normal ; néanmoins l'inquiétude et
« l'agitation augmentaient et l'aspect de ces malades
« devenait plus sombre. L'urine et les selles restaient le
« plus souvent normales. La nuit venue, tous les phéno-
« mènes s'accroissaient, le sommeil était impossible, le
« pouls, toujours plus ou moins faible, montait parfois
« à 110. Au milieu de cet état nos nouvelles accouchées

« atteignaient la fin du troisième, du quatrieme, ou tout au « plus du cinquième jour, et tout à coup l'exantbème, « arrivé à son maximum et quelquefois même à la « période de desquamation, prenait une teinte livide. « On voyait notamment sur les membres des taches « bleuâtres, les malades se sentaient subitement enva- « hies par un froid intense, certaines présentaient alors « du délire ou quelques convulsions légères. Le pouls « devenait très irrégulier, faible ou même insensible. La « figure offrait, suivant l'expression classique, le faciès « hippocratique, les membres se refroidissaient et la mort « survenait au bout de deux heures.

« On examinait leurs cadavres avec le plus grand « soin. On trouvait dans la plupart des cas le pharynx « entièrement sain, ou du moins très légèrement malade, « par exemple rougeâtre. Rien d'anomal dans la poitrine « ni le crâne, sauf l'injection des membranes. Pas « d'épanchement dans la cavité abdominale ou alors « une légère collection séreuse; le péritone n'offrait « aucun changement appréciable. L'utérus renfermait « des caillots plus ou moins abondants, mais il était « suffisamment revenu sur lui-même et sa substance ne « présentait rien d'anormal. On trouvait cependant au « col quelques petites déchirures avec de légères traces « d'inflammation, parfois même du pus, des bords grisâ- « tres et de l'odeur. Idem sur le vagin et la vulve. « L'exanthème cutané prenait après la mort une teinte « tout à fait livide. »

Malfatti fait remarquer que, bien que les suites de couches ne soient pas un état morbide, elles prédisposent

à cause de la faiblesse du sujet aux complications morbides. Abordant ensuite l'origine de la fièvre chez les nouvelles accouchées, « c'est à tort, dit-il, qu'on a toujours voulu y voir une corruption du lait, une inflammation des organes génitaux ou du péritoine, car la genèse des accidents fébriles peut être très diverse ». Il attire ensuite l'attention sur le caractère malin que donnent les suites de couches à toute maladie survenant dans ces conditions. D'autre part, les observations recueillies pendant cette épidémie montrent que la scarlatine peut prendre un aspect modifié pendant les suites de couches. Ainsi, par exemple, le mal de gorge qui était un excellent indice de scarlatine dans les épidémies antérieures s'étant montrées à Vienne, manquait presque totalement chez les nouvelles accouchées et il en fut de même chez une infirmière de son service, qui contracta cette affection en soignant les malades. L'angine fut dans ce cas très légère. L'exanthème était également peu prononcé, mais la fièvre fut chez elle beaucoup plus violente que chez les nouvelles accouchées; néanmoins elle guérit. Malfatti rappelle encore qu'au début rien dans la maladie ne semblait présager une terminaison aussi fatale; la fièvre était légère; il n'y avait pas non plus de complications viscérales, notamment du côté des organes génitaux, le délire manquait, ou ne survenait que quelques heures avant la mort.

Senn (*Thèse de Paris*, 1825) (1).

Pour trouver un autre travail de valeur il faut descendre jusqu'en 1825, année où parut la thèse de Senn de Genève, alors interne à la Maternité de Paris. Bien des choses manquent à la monographie de cet auteur. Il fait jouer un trop grand rôle au tempérament sanguin, qu'il regarde à tort comme la source principale des accidents, il ajoute une foi trop aveugle à l'efficacité des saignées ; enfin il n'a pas recherché avec assez de soin la filiation des accidents, qui a cependant en pareille circonstance une importance capitale ; mais on y trouve d'utiles renseignements sur la symptomatologie, la marche, le pronostic, la période d'incubation pendant la grossesse ; enfin sur les lésions que l'on trouve à l'autopsie, et à ce propos Senn fait ressortir que le plus souvent on ne trouve rien du côté des organes génitaux : Disons maintenant comment éclata l'épidémie dont il nous a laissé la description.

Origine de l'épidémie suivant Senn.

« La première femme qui en fut atteinte avait été reçue « le 27 janvier. Elle accoucha heureusement le 12 février « et ce ne fut que trois jours après que la maladie se dé- « clara. Depuis plusieurs années on n'avait point vu de « scarlatine dans la maison, ce qui joint à ce que seule « elle en fut d'abord atteinte, porte à croire que dès son

1. Analysé par M. de Tornéry.

« entrée elle portait le germe de l'affection qui ne se dé-
« clara que dix-huit jours plus tard.

« Nous verrons plus loin que d'autres faits viennent « corroborer cette opinion.

« De cette époque à la fin de mai, 800 femmes en« viron accouchèrent dans l'établissement, et 32 seule« ment ont été successivement atteintes par la maladie. « Parmi ces dernières il s'en trouva deux, qui n'étant ve« nues que pour accoucher, tombèrent malades peu après « leur sortie, et furent obligées de se faire transporter à « l'Hôtel-Dieu.

« Nous pouvons ajouter à nos malades deux élèves sages« femmes qui furent atteintes dès les premiers temps. « Un assez grand nombre d'enfants qui avaient été gar« dés pendant quelques jours pour y être vaccinés, pré« sentèrent bientôt tous les symptômes de la scarlatine. »

Senn fut le premier observateur qui constata l'immunité des femmes enceintes, et au contraire la grande réceptivité morbide de femmes en couches, et voici ce qu'il dit sur ce sujet.

Influence de la gestation et de l'état puerpéral suivant Senn.

« Il a été facile par cela même que l'établissement ren« fermait des femmes enceintes et des femme en couches, « d'apprécier l'influence de l'état puerpéral sur le déve« loppement de la maladie. Aucune n'en fut atteinte

« pendant la gestation, quoique soumise aux mêmes « influences avant et après l'accouchement.

« Parmi les femmes qui avaient paru tout à fait à l'abri « de la maladie, parce la même qu'elle étaient restées six « semaines et plus sans la contracter, nous avons vu plu- « sieurs en être affectées aussitôt après l'accouchement. La « maladie se déclarait également de 24 à 36 heures après « l'accouchement chez des femmes qui n'étaient entrées « dans la Maternité qu'au début du travail. De tous ces « faits il résulte clairement que si la gestation préserve « de la maladie, ou du moins retarde son évolution, au « contraire le travail de l'accouchement paraît favoriser « l'action du principe contagieux et abréger la durée de « l'incubation et des prodromes.

Marche des symptômes morbides.

Senn a étudié avec beaucoup de soin la marche des accidents.

« La période probable d'incubation peut ne se manifes- « ter par aucun signe.

« Les prodromes se déclarent ordinairement le deuxiè- « me ou le troisième jour du *post-partum*, et débutent « par de la courbature générale, des douleurs lombaires « et de la céphalalgie. La peau acquiert une chaleur mor- « dicante, et le pouls s'accélère sans perdre de la force, « souvent il s'y joint des frissons irréguliers dans les « membres inférieurs, et un sentiment de chaleur du pha- « rynx. Il n'est pas rare de voir la sécrétion nasale aug-

« menter ainsi que celle des larmes. Les conjonctives s'in-
« jectent, et les yeux deviennent sensibles à la lumière,
« Dès ce moment l'inappétence est complète et la soif vive
« quoique la langue ne présente pas encore de grandes
« modifications. Nausées, vomissements bilieux abondants,
« diarrhée. Les lochies diminuent ou se suppriment, les
« urines s'épaississent, se foncent et prennent une odeur
« forte. L'éruption est sur le point de se faire.

« Quant à la durée de cette première période, elle n'est
« nullement déterminée, et paraît d'autant plus courte
« que la maladie est plus grave, remarque qui avait déjà
« été faite par plusieurs auteurs pour d'autres maladies
« éruptives. En général, elle varie de quelques heures à
« deux et même trois jours. »

Voici maintenant comment il s'exprime sur la période d'éruption.

« Dans cette période nous comprenons l'ensemble des
« symptômes généraux et des phénomènes locaux obser-
« vés sur la peau et les muqueuses, depuis l'instant où
« la maladie se caractérise jusqu'à celui où elle commen-
« ce à diminuer.

« *Phénomènes cutanés.* — Examinons d'abord les symp-
« tômes locaux que nous offre la peau : brûlante dans
« toute son étendue, et le plus ordinairement sèche, on
« la voit s'injecter irrégulièrement et se recouvrir de
« plaques rouges, avec élevures plus appréciables au
« tact qu'à la vue. Les taches irrégulières, d'une teinte
« framboisée, se font d'abord remarquer sur la face, le
« cou, la partie supérieure de la poitrine, les avant-
« bras et les mains ; puis ne tardent pas à se réunir en

« s'agrandissant dans tous les sens, de manière à donner « aux téguments, une couleur rouge, uniforme, disparaissant momentanément sous la pression du doigt. « Lorsque l'éruption, en s'étendant successivement à « toutes les parties du corps, est devenue générale, la cha-« leur est insupportable, la main en est affectée désagréa-« blement. Je l'ai vue de 38, 40 et même 42 degrés. La « circulation est alors si active dans tous les téguments, « que la diminution de calorique, causée par le contact « de corps très froids n'est qu'instantanée. C'est ainsi « que des compresses imbibées d'eau à 5 ou 6 degrés, « ne tardent pas à devenir tièdes. A ce moment les tégu-« ments sont considérablement tuméfiés, et soulevés par « les liquides qui affluent dans le tissu cellulaire sous-« cutané. Tous les mouvements deviennent difficiles ; « les malades ne peuvent fléchir les doigts, et éprouvent « une sorte de tension générale analogue à celle qui sur-« vient dans les mains plongées dans de l'eau très chaude. « Lorsque l'éruption est ainsi caractérisée, on observe « presque sur toute la surface du corps, mais spéciale-« ment sur le tronc, de nombreux sudamina, sans que « pour cela la maladie ait changé de nature, ou qu'une « fièvre miliaire soit venue la compliquer. Il n'est point « rare aussi de rencontrer dès le commencement de « l'éruption vers les aînes et la partie supérieure et in-« terne des cuisses de petites taches arrondies, purpu-« rines, paraissant formées par du sang infiltré dans le « corps réticulaire. Ce n'est très probablement qu'une « forme de l'irritation qui ne mérite pas de nom parti-« culier. Elle ne m'a pas paru d'ailleurs influer beau-

« coup sur la terminaison de la maladie (V. Obs. VI).
« Tandis que la peau présente ces divers changements, « les muqueuses oculaire, nasale, buccale, pharyngienne, « s'injectent et se tuméfient de plus en plus; la langue « se recouvre d'un enduit blanchâtre ; ses papilles com- « mencent à saillir. Presque toujours dans cette période, « l'anxiété et l'agitation persistent et augmentent ; les « malades se plaignent vivement de la chaleur qu'ils éprou- « vent, et ne peuvent jouir d'aucun repos ; souvent la cé- « phalalgie augmente, le pouls s'accélère, du délire se « manifeste. Le plus souvent c'est le soir et même la nuit « que ces exacerbations ont lieu. Tandis qu'il se manifeste « des phénomènes d'irritation ou de congestion cérébrale, « les phénomènes gastriques se manifestent. La soif de- « vient insupportable et difficile à apaiser à cause de la « douleur pharyngée. Les nausées, les vomissements bi- « lieux continuent, ainsi que la diarrhée ; la respiration « s'accélère et devient gênée ; les malades accusent une « pesanteur épigastrique. Rarement l'abdomen devient « douloureux en d'autres points. »

Senn regarde la scarlatine comme une complication grave des suites de couches, parce qu'elle n'entraîne que trop souvent la mort : cependant il n'est pas aussi pessimiste que Malfatti. Il croit que le tempérament sanguin donne à la maladie un tour défavorable. Quant au diagnostic il insiste peu là dessus. Pour lui l'érythème est une manifestation suffisante. Le traitement se ressent des idées de l'époque : pour combattre la phlogose chez les personnes vigoureuses, il n'hésite pas à recourir à la saignée ; la diète absolue et les tisanes émollientes jouent aussi un grand rôle dans la médication qu'il propose.

DANCE (*Archives de Médecine*, 1825).

Quelques-unes des femmes qui accouchèrent en 1825 à la Maternité sortirent prématurément, mais furent au bout de fort peu de temps en proie à la scarlatine, pour laquelle elles durent entrer à l'Hôtel-Dieu. C'est là que Dance en observa 2 cas dont il nous a donné la relation ; une d'elles a été consignée par nous dans le présent travail. Les remarques de Dance sont beaucoup moins importantes que celles de Senn. Il a surtout considéré la maladie au point de vue des résultats que donne la saignée. Il dit qu'il en retire un merveilleux parti.

Après Dance il nous faut signaler Trousseau, qui a été témoin en 1832 d'une épidémie de scarlatine chez les femmes en couches, très remarquable par sa perniciosité, et dont il parle dans ses cliniques. Nous avons cru devoir rapporter ce qu'il dit à ce sujet.

TROUSSEAU (*Clinique médicale*, T. I, p. 184, édition 1885).

Après avoir cité le cas d'une femme de 24 à 25 ans qui fut prise de scarlatine quatre jours après son accouchement, avec agitation, délire, et oppression considérable, et dont la maladie fut momentanément améliorée par les affusions froides, Trousseau s'exprime ainsi :

« Je saisis tout de suite cette occasion pour vous dire « combien est périlleuse l'association de la scarlatine et

« de l'état puerpéral ; il arrive que les femmes succom-
« bent, ou bien par l'excès des troubles nerveux, sans
« lésions appréciables à l'autopsie, ou bien avec des phleg-
« masies des membranes séreuses, de la plèvre, du péri-
« carde et du péritoine, passant rapidement à la suppura-
« tion. »

Trousseau rapporte ensuite une épidémie survenue aux environs de Blois en 1828. « Les femmes grosses restaient « en général à l'abri de l'influence épidémique, mais « trente-six, quarante-huit heures après leur délivrance, « l'éruption scarlatineuse se manifestait, et en quelques « jours les malades étaient enlevées.

« L'état puerpéral compliquait donc ici d'une façon « très sérieuse la fièvre éruptive. Il en était de même « chez notre malade du n° 19. La maladie dite fièvre « puerpérale régnait à Paris. Récemment l'hospice de la « Maternité avait été fermé, et dans nos salles de l'Hôtel- « Dieu nous avions des cas de cette grave affection ; des « enfants nouveau-nés avaient été emportés par des « érysipèles de mauvaise nature, manifestation de la fièvre « puerpérale chez les jeunes sujets ; et qui les tuent avec « ou sans lésions appréciables des organes internes. Notre « malade se trouvait donc dans de déplorables condi- « tions.

« Cette oppression indépendante de toute affection ma- « térielle des voies respiratoires, symptôme extrêmement « grave dans un grand nombre de maladies septiques, « dans la fièvre puerpérale en particulier, dans la fièvre ty- « phoïde, dans le choléra, indiquait des troubles profonds « de l'innervation. Cette dyspnée ne se rattachant à

« aucune lésion appréciable des poumons, du cœur, de
« ses enveloppes ou des gros vaisseaux, avait pour nous
« la signification pronostique la plus redoutable.

« En effet, les accidents nerveux s'exagérèrent bientôt
« et la malade mourut dans la journée.

« .... L'autopsie faite avec soin ne nous révéla rien... »

HELM (*Traité des maladies des femmes en couches*. Zurich, 1840). (1)

En Allemagne les idées de Malfatti au lieu d'être admises comme en France, furent rejetées jusqu'en 1876 et cela grâce à l'influence exercée par Helm qui, dans un article de journal paru dans l'*Osterreiche journal fur practischen Aertze*, puis dans un *Traité des maladies des femmes en couches*, s'efforça de démontrer que dans les cas de Malfatti et dans ceux publiés depuis cet auteur, il ne s'agissait point du tout de scarlatine, mais d'une maladie puerpérale commune. Les arguments qu'il présenta en faveur de son opinion sont encore ceux qui sont invoqués par les adversaires de l'origine scarlatineuse des accidents morbides dont nous avons entrepris la description. Ils furent présentés par Helm avec beaucoup de force et d'habileté, ce qui ne contribua pas peu à les faire admettre par les obstétriciens les plus célèbres de son pays.

En définitive, Helm s'appuyait sur ce fait que l'affection ne se développait que dans les maternités infectées par la

1. Résumé par M. de Tornéry.

fièvre puerpérale, que la mortalité était la même que dans les plus mauvais cas de cette infection, que le plus souvent il est impossible de déceler la moindre cause de contagion, et même qu'il n'y a point eu de fait de transmission.

Winkel dans son *Traité des maladies des femmes en couches*, Schrœder dans son *Traité d'accouchements*, Kiwisch, etc., donnèrent aux idées de Helm l'appui de leur nom. Voici le passage de Schrœder qui a trait à la scarlatine puerpérale.

Schrœder (*Traité d'accouchements*).

« Une confusion analogue existe très fréquemment « entre la scarlatine vraie et les exanthèmes scarlatiniformes, qui se rencontrent souvent dans la fièvre puerpérale. Si peu contestable que soit à l'occasion la possibilité pour que des accouchées puissent être infectées par « une contagion réelle et devenir malades d'une scarlatine vraie, les accouchées ne sont en aucune façon prédisposées à être infectées par ce virus, de sorte que la « majorité des cas décrits comme étant des scarlatines « puerpérales à forme grave, avec dermatite érythémateuse, répandue par plaques, doit être considérée comme des cas de fièvre puerpérale avec cette complication « du côté de la peau » (Schrœder. *Accouchements*, page 697).

Retzius (*Hygiea*, vol. 23, p. 187) (1).

En 1862, Retzius fit paraître dans l'*Hygiea*, volume 23,

1. Analysé par M. de Tornéry.

page 187, la relation d'une épidémie à forme exanthématique chez les nouvelles accouchées. Voici la marche habituelle des accidents. Le troisième jour après l'accouchement, il survenait un frisson et une fièvre qui persistait 24 heures environ. Le bas-ventre se montrait sensible à la pression, principalement au niveau de l'utérus. Quand la fièvre cessait, il survenait sur tout le corps une rougeur pourprée, qui ne s'accompagnait ni de gonflement ni de luisant de la peau. On ne voyait aucun bouton sur l'enveloppe cutanée, qui était sèche, chaude, mais pas plus que dans n'importe quelle fièvre.

Les ganglions cervicaux n'étaient pas du tout ou fort peu engorgés. La langue humide blanche n'offrait aucun aspect maladif ; pas de turgescence des papilles. L'écoulement de lochies et la sécrétion lactée n'étaient nullement troublés. L'urine abondante présentait une couleur rougeâtre.

La sensibilité du ventre et la tuméfaction des ganglions du cou, quand elle existait, disparaissaient avec la rougeur. Parfois il survenait dans le cours de cette affection de la toux et d'autres manifestations catarrhales. Au bout de 48 heures la rougeur se fonçait, et on voyait apparaître, principalement sur la poitrine, de nombreuses petites élevures terminées par des vésicules, d'où s'écoulait un sérum clair, puis le lendemain tout disparaissait et la peau devenait plus pâle. La desquamation survenait le plus souvent le cinquième jour de l'affection sous forme de fine poussière ou de petites écailles. Retzius fait remarquer que, contrairement à ce qu'avait vu Helm, tous ces cas se sont terminés par guérison. Il attribue en partie

cette différence dans les résultats aux saignées trop copieuses dont Helm abusait. Quant à lui, jamais il n'a eu autre chose à faire que prendre des simples mesures diététiques. Voici maintenant suivant lui ce qui distingue cette affection de la scarlatine :

1° L'absence de toute contagion scarlatineuse. Les malades n'avaient jamais eu l'occasion de s'exposer à la scarlatine, ni par elles-mêmes ni par les proches qui les entouraient. Aucun membre de leur famille, aucun enfant ne contracta autour d'elles cette maladie.

2° L'absence de toute manifestation gutturale ; car c'est tout au plus si l'on a constaté un léger gonflement des ganglions cervicaux qui a été tout à fait transitoire.

3° La forme furfuracée de la desquamation.

Aussi, bien que Retzius ne nie pas que quelquefois une femme en couches puisse contracter la scarlatine, il ne croit pas cependant qu'il s'agisse dans les cas qu'il vient de rapporter de scarlatine véritable. Il pense que la nature de cette affection est d'origine zymotique et apparentée à la fièvre puerpérale. Il propose de lui donner un nouveau nom, celui de « porphyra ».

Après Retzius il nous faut descendre jusqu'en 1862, année où Guéniot fit paraître un travail très important sur la scarlatine puerpérale à laquelle il donne le nom de scarlatinoïde pour marquer les analogies qui existent avec la maladie dont il la sépare. Contrairement aux auteurs précédents, c'est sur la bénignité des symptômes et non sur leur malignité que s'appuie en partie Guéniot pour effectuer cette séparation.

Guéniot (*Thèse de Paris*, 1862).

M. Guéniot, alors interne à la Maternité, fut témoin en 1862 d'une série de cas de scarlatine puerpérale qui coïncidaient du reste avec une épidémie de fièvre puerpérale, et qui se faisaient remarquer non seulement par leur bénignité, l'absence d'origine, mais encore l'absence de contagion. Malgré l'analogie apparente avec la scarlatine, Guéniot eut le mérite de pressentir que les faits qu'il observait ne relevaient point de cette maladie. Les accidents de la fièvre puerpérale étaient alors, malgré leur fréquence, assez mal connus ; quand on parlait de cette affection on n'avait en vue qu'une de ces complications génitales terribles qui déterminent une si formidable mortalité, dans les salles d'accouchement de cette époque. Guéniot n'osa donc point rattacher les accidents qu'il observait à la fièvre puerpérale, et pensa se tirer d'embarras en ressuscitant la doctrine de la fièvre miliaire essentielle, que semblait rappeler, en effet, l'abondance des sudamina que l'on observe souvent dans cette forme spéciale de la fièvre puerpérale.

Voici l'idée qu'il s'était faite sur les cas observés par lui.
« Or, le but que nous nous proposons dans ce travail est
« d'établir par des faits cliniques, que cette prescription
« n'est point légitime et qu'il existe réellement chez les
« nouvelles accouchées une maladie autrefois presque tou-
« jours regardée comme une expression de la fièvre mi-
« liaire et rarement comme une fièvre pétéchiale, maladie
« presque constamment, il est vrai, sinon toujours, accom-

« pagnée d'une éruption miliaire, mais ayant des rapports « symptomatiques, et peut-être aussi des affinités patho- « logiques si nombreuses avec la scarlatine, que malgré « le danger qui résulte de l'emploi d'un nouveau nom, j'ai « cru pouvoir l'appeler scarlatinoïde puerpuérale. Cette « dénomination aura du moins pour nous l'avantage de « faire comprendre immédiatement, que l'espèce morbide « dont nous voulons parler, n'est point identiquement cette « maladie si vague, si complexe, si hétérogène que tous « les anciens auteurs décrivent sous le nom de miliaire. « Ainsi que nous l'exposerons dans le chapitre suivant, « l'affection que nous allons étudier, n'est en effet, à pro- « prement parler, qu'une fraction de ce qu'on comprenait « autrefois sous le nom de fièvre miliaire des femmes en « couches, fraction à laquelle nous ajoutons cependant « une sorte d'éruption que nous croyons de même nature, « et que l'on appelle généralement aujourd'hui exanthème « scarlatiniforme. »

Il donne, page 27 de sa thèse, les raisons qui l'ont fait penser à l'existence probable d'une fièvre miliaire. « En « observant avec soin chez les nouvelles accouchées les « caractères et la marche de certaines éruptions scarlati- « niformes survenue sspontanément, c'est-à-dire en dehors « de toute sudation ou de toute excitation de la peau par « des topiques, nous fûmes bientôt frappés de leur ressem- « blance parfaite avec les caractères de l'exanthème, qui « précède l'éruption des vésicules ou pustules dans la mi- « liaire; le siège habituel de ces deux sortes d'éruption, les « phénomènes qui les accompagnent, leur durée, leur « bénignité ordinaire, leur époque d'apparition après l'ac-

« couchement, toutes ces circonstances nous parurent « être semblables dans l'un et l'autre cas. D'autre part» « en suivant attentivement la marche et l'évolution de « l'exanthème scarlatiniforme, nous vîmes qu'à l'époque de « son déclin, il se manifestait presque toujours en divers « points du corps, quelques vésicules ou pustules miliai- « res, en tout semblables à celles qu'on observe dans la « miliaire elle-même ».

Guéniot, comme nous l'avons dit plus haut, a constaté l'existence simultanée de la fièvre puerpérale, « peut-être, « en réalité, ne s'agit-il que d'une simple coïncidence, « mais les faits que nous avons recueillis ont été particu- « lièrement observés dans ces conditions. »

Enfin il s'exprime ainsi sur la contagion. « Nous ne nions pas qu'elle existe, mais nous ne l'avons jamais observée dans les cas que nous avons eus sous les yeux. »

Marche des accidents. — « Vers le troisième, le quatrième « ou le cinquième jour des couches, c'est-à-dire alors « que s'opère la congestion des seins, ou plutôt lorsque « la sécrétion laiteuse est bien établie, on voit les femmes « qui se trouvaient jusque-là dans des conditions les plus « normales, être prises d'un frisson ordinairement peu « intense; après une durée variable ne dépassant pas plu- « sieurs heures, de ces phénomènes qui ne sont autres, à « proprement parler, que ceux de la période réactionnelle « du frisson, on voit apparaître en différents points du « corps, principalement sur la poitrine et sur les avant- « bras, une rougeur pointillée, d'aspect scarlatineux, « s'effaçant sous la pression du doigt pour reparaître « ensuite dès qu'on supprime cette pression... Cet exan-

« thème offre aussi quelquefois une coloration uniforme,
« d'un rouge tendre, sans tuméfaction de la peau et res-
« semblant aux plaques diffuses et framboisées de la
« scarlatine. Pendant 2, 3, 4 jours, elle continue à se
« développer croissant en intensité et en étendue. De
« légère et fugace qu'elle était, elle s'accentue davan-
« tage et prend une teinte rouge intense qui devient per-
« manente.

« Bornée primitivement, soit aux avant-bras, soit à la
« face antérieure de la poitrine, soit à la paroi abdomi-
« nale, elle gagne de proche en proche les parties du corps
« non encore envahies.... l'écoulement lochial ne se mo-
« difie pas sensiblement.

« L'angine est un symptôme de la deuxième période, ou
« période d'éruption. Sans être très régulière dans son
« apparition, on peut dire qu'elle est presque constam-
« ment précédée par l'exanthème cutané. Elle ne paraît
« atteindre ni les amygdales, ni le pharynx, se bornant
« au voile du palais, à ses piliers, à la luette. L'absence
« de tuméfaction des amygdales, l'absence de sécrétion
« caséiforme, l'indolence des ganglions sous-maxillaires
« et la coexistence d'une coloration normale ou pâle de la
« langue sont des circonstances qui éloignent cette sorte
« d'angine à caractère bénin de l'angine scarlatineuse
« parfois si intense et si grave. »

Diarrhée. — Guéniot fait remarquer un des premiers la fréquence de la diarrhée dans la scarlatine puerpérale et les dangers qu'elle fait courir à la malade dès qu'elle devient un peu abondante.

Lésions. — Dans le seul cas de mort observé on a noté de la péritonite. Guéniot renvoie à l'observation.

M. Guéniot termine enfin la discussion de ce diagnostic qu'il conduit d'une façon serrée par un parallèle qu'il établit sous forme de tableau.

Scarlatine.	Scarlatinoide.
1° Phénomènes d'invasion souvent très intenses.	1° Phénomènes d'invasion ordinairement très légers.
2° Eruption affectant particulièrement les régions où la peau est fine et délicate, comme les aînes, les aisselles, la face interne des membres.	2° Affecte indifféremment les régions recouvertes d'une peau fine et épaisse, la face externe des membres comme leur face interne.
3° Eruption fréquente au visage, ainsi qu'aux mains et aux pieds.	3° Presque jamais d'éruption au visage ni aux extrémités des membres.
4° Tuméfaction à peu près constante des parties précédentes (visage, mains et pieds).	4° Jamais de tuméfaction des parties précédentes.
5° Chaleur et sécheresse de la peau souvent très grandes, et parfois excessives.	5° Chaleur modérée de la peau et sécheresse nulle ou ordinairement peu intense.
6° Pouls d'ordinaire très	6° Pouls modérément fré-

fréquent, atteignant quelquefois 130, 140, 160 pulsations par minute.	quent ou à peine accéléré.
7° Angine accompagnée souvent d'une tuméfaction assez considérable des amygdales et du voile du palais, ainsi que d'une exsudation blanche, caséiforme.	7° Angine sans tuméfaction notable des amygdales et du voile du palais. Jamais d'exsudation caséiforme.
8° Ganglions sous-maxillaires souvent tuméfiés et douloureux.	8° Pas de douleur de tuméfactionsg langlionnaires.
9° Langue rouge à la pointe et sur les bords, puis dépouillée et hérissée de papilles rouges et saillantes (phénomène constant et caractéristique).	9° Jamais de desquamation ni de rougeur notable de la langue.
10° Desquamation épidermique presque constamment appréciable.	10° Desquamation de l'épiderme moins fréquemment observée.
11° Pronostic grave, terminaison souvent mortelle.	11° Pronostic bénin, terminaison rarement mortelle.
12° Complications assez fréquentes.	12° Complications rares.
13° Accidents de la période de décroissance assez communs (anasarque, rhumatisme, etc.).	13° Jamais observés pendant la période de décroissance.

14° Se perpétue surtout par la contagion très rarement spontanée.	14° Contagion non démontrée. Probablement génération spontanée.

Brown (*British medical journal*) 1862.

En 1862, Brown décrivit une épidémie observée par lui dans le petit *queens Charlotte lying in hospital*. Il y eut seulement 9 cas, et ce ne furent que des affections légères puisqu'il n'y eut pas un seul cas de mort. Il n'existait pas à ce moment de fièvre puerpérale dans l'hôpital. Brown a donné ces cas pour de la scarlatine, mais nous pensons qu'ils rentreraient mieux dans les faits de scarlatinoïde décrits par Guéniot s'il n'avait pas signalé des angines assez violentes chez ses malades.

IRLANDAIS (1).

Presque en même temps que Guéniot Denham communiqua à la Société obstétricale de Dublin un mémoire important sur la scarlatine puerpérale. Les médecins Irlandais qui avaient été témoins d'un grand nombre d'épidémies meurtrières de scarlatine avaient pu voir des faits bien authentiques de scarlatine dans les suites de couches mais résumèrent un peu trop les faits exacts qu'ils avaient observés ; ils firent comme Braxton Hicks en 1870, c'est-à-dire qu'ils attribuèrent à la scarlatine un grand nombre des

1. Traduit de l'Anglais et résumé pour nous par M. de Tornéry.

accidents inflammatoires qu'ils observaient dans les suites de couches : pour eux du reste, comme pour beaucoup de médecins anglais, scarlatine, fièvre puerpérale, érysipèle sont des maladies offrant une étroite analogie. Mais malgré ces vues nous verrons qu'ils sont obligés assez souvent de reconnaître que l'épidémie de scarlatine ne s'est point du tout répandue chez les femmes en couches, et que la contagion n'est même pas toujours aussi fatale qu'on l'a dit. Voici leurs communications qui ont eu le tort grave de ne pas être assez détaillées.

DENHAM (*Dublin médical journal*, 1862).

En 1862, Denham publia dans le *Quaterly Journal of Medical Science*, volume 34, la relation d'une épidémie récente de fièvre puerpérale, qui avait éclaté à Dublin. L'auteur affirme que cette épidémie est une de celles qui ont surtout contribué à le convaincre des relations qui existent entre la fièvre puerpérale, l'érisypèle et la scarlatine. L'idée que la fièvre puerpérale, la scarlatine et l'érisypèle sont étroitement liés ensemble, sinon identiques, n'est point, dit-il, une idée nouvelle. Beaucoup d'anciens auteurs y ont fait allusion et plus d'une fois on a insisté sur ce point dans ce journal. Feu le Dr Douglas s'exprimait ainsi en 1821 : « La fièvre puerpérale qui règne maintenant à Dublin n'est qu'une fièvre maligne, à caractère typhoïde, s'accompagnant d'une inflammation érisypélateuse de l'estomac, des intestins, des viscères abdominaux et du péritoine. » M. Clintock et M. Hardy

ont attiré aussi sur ce point l'attention de la Société obstétricale de Dublin dans de remarquables communications. M. Kennedy a aussi communiqué sur ce sujet à la dite société un mémoire important. « Plus loin, Denham constate que le renouvellement de l'année, moment de joie pour la plupart, a été pour d'autres l'objet de graves chagrins. Sur 34 nouvelles accouchées du 1er au 11 janvier, 4 ont eu la scarlatine et 16 la fièvre puerpérale. Tous les cas de scarlatine se sont terminés par la mort; 2 le troisième jour de la maladie, 2 le quatrième jour. » Plus loin, il ajoute « sur tous les cas d'accouchement vus jusqu'ici (150) : 50 ont eu la fièvre puerpérale et 8 la scarlatine. Parmi ces derniers, l'un d'eux, d'un aspect très menaçant, s'est prolongé néanmoins jusqu'au quinzième jour de la maladie. L'histoire en a été des plus intéressantes. L'érythème très abondant était d'une couleur livide, le pouls était rapide et faible, la langue fuligineuse, la prostration très marquée. La malade se trouvait atteinte d'un délire léger. Contre notre attente la fièvre diminue, le pouls se ralentit, et il survint une desquamation très accentuée. On pouvait concevoir les meilleures espérances sur la guérison, quand malheureusement à la suite d'une indigestion il survint des vomissements répétés, un affaiblissement progressif qui se termina par la mort. »

Halahan (*Dublin médical Journal*, 1863).

Le Dr Halahan, un an après Denham, attira de nouveau l'attention des membres de la Société obstétricale de

Dublin, sur la fièvre puerpérale à apparence scarlatineuse. « Je vais me borner, dit-il, à cette forme particulière de l'affection, qui s'accompagne d'éruptions scarlatiniformes, de fièvre, d'angine, et qui très souvent est associée avec de la péritonite. Je vais vous donner le résumé de vingt-cinq cas, dont je passerai sous silence les particularités, pour ne pas abuser de votre patience. Sur ces 25 malades 19 moururent et 6 guérirent. Sur ces 25 cas 3 étaient malades au moment de la délivrance, 5 furent prises le premier jour et une guérit, 10 le deuxième jour et une guérit, 4 le troisième dont une guérison, 3 le cinquième jour, et elles guérirent toutes les trois. »

Malheureusement, comme le fait remarquer Olshausen, on ne peut pas tirer de conclusions d'observations si courtes.

MAC CLINTOCK (*Dublin médical journal*, 1866).

Et cependant bien que l'attention des obstétriciens irlandais fût vivement et depuis longtemps éveillée sur les rapports de la scarlatine avec la fièvre puerpérale, Crémen dans son rapport sur une épidémie de scarlatine très violente, et ayant frappé un très grand nombre de sujets, n'a pas pu en signaler un seul cas chez les nouvelles accouchées, soit dans son service d'hôpital, soit dans sa pratique particulière. Les Drs Cummins, Hobart, Townsend, Cartio, Fowler, O'Connor, Humphries, ses collègues à la Société médico-chirurgicale du Comté de Corck n'ont pas été plus heureux que lui. Le Dr Johnson

du Dispensaire de Carrigaline en a seul vu deux cas chez les nouvelles accouchées. Ces faits, auxquele nous pourrions ajouter plusieurs autres, semblent montrer qu'on a peut-être un peu exagéré la prédisposition des nouvelles accouchées à contracter la scarlatine.

Mais l'attention a été surtout attirée en Irlande sur les faits de scarlatine par le remarquable mémoire que Mac Clintock fit paraître dans le *Dublin Quatcrly Journal of Medical Science* et dont l'*Union Médicale* donna la traduction la même année (Voir *Union Médicale*, 1866, premier fascicule).

Après avoir signalé la rareté des cas de scarlatine puerpérale, ce qui même à cette époque n'était point aussi vrai que l'a dit cet auteur, Mac Clintock, sans se prononcer nettement sur la question de savoir si la puerpéralité modifie la scarlatine ou non, ajoute : « Mais « quand on considère les conditions dans lesquelles l'acte « de la parturition laisse l'ensemble de l'économie, l'exal« tation de la sensibilité sensorielle et nerveuse, le trou« ble de la circulation, la facilité de contamination du « sang, la prédisposition aux phlegmasies abdominales, « l'accroissement d'activité des fonctions d'absorption et « de sécrétion, l'épuisement des forces ; lorsque, disons« nous, l'on prend tous ces faits en considération, l'on « voit apparaître de bonnes raisons pour supposer que la « maladie ne peut manquer de subir, pendant la durée « de l'état puerpéral, quelques modifications considéra« bles dans ses symptômes et sa marche. » Sur la question si importante de la mortalité, Mac Clintock se montre, en définitive, très pessimiste. « Dans tous les cas que

« je trouve consignés dans mes notes (le nombre en est « très restreint) aussi bien que dans ceux qui m'ont été « fournis par mes confrères, la proportion dans la mor- « talité a été de 2 sur 3 ou de plus de 66 pour 100. D'après « un tel relevé, la maladie semblerait véritablement for- « midable ; et en définitive il faudrait la redouter pres- « que autant que la fièvre puerpérale elle-même. Mais je « suis heureux de pouvoir dire qu'elle n'a pas toujours « pour conséquence une aussi effrayante mortalité. Sur « 34 cas de scarlatine qui se sont présentés chez les « accouchées de la Maternité de novembre 1854 à no- « vembre 1861, 10 seulement se sont terminés par la « mort, ce qui en d'autres termes donne une proportion « de 30 pour 100. Il y a, comme on le voit, un écart « considérable entre cette dernière proportion et celle « que j'ai donnée d'abord : mais si nous prenons leur « moyenne, savoir 48 pour 100, nous aurons probable- « ment le chiffre le plus approximatif de la mortalité « moyenne causée par la scarlatine affectant les femmes « en couches. Même avec cette proportion cette affection « ne paraît pas moins une maladie d'une extrême gravité « et doit être regardée à juste titre comme une des plus « dangereuses complications de l'état puerpéral, à peine « moins dangereuse que la fièvre puerpérale épidémique « dont elle paraît différer en ce point, que tandis que « celle-ci est plus funeste dans la pratique nosocomiale, « la scarlatine, au contraire, le serait peut-être davantage « dans la pratique particulière. Il est une circonstance « qui incontestablement exerce une influence décisive « sur la terminaison fatale de la maladie, c'est l'époque

« de la grossesse à laquelle se fait l'invasion. En règle
« générale, plus l'invasion est rapprochée de l'accouchement, plus redoutable est le danger. Sur 10 cas de « décès qui figurent parmi les faits formant la base de ce « mémoire, huit se rapportent à des parturientes chez « lesquelles la maladie fit son apparition dans les 36 heures qui suivirent la délivrance. Chez les autres femmes l'invasion n'eut lieu que le troisième jour. Il y eut « en tout dix-huit malades prises le premier ou le second « jour, et sur ce nombre, comme nous venons de le voir, « il y eut huit décès, ce qui donne à peu près une proportion de 45 pour 100. Au contraire, dans tous les cas où « la maladie se déclare le troisième ou après le troisième « jour, et il y en eut 16, la guérison eut lieu, sauf deux « exceptions seulement. Sans doute, cette statistique ne « suffirait pas pour établir le point en question, mais « elle est confirmée d'une manière remarquable par les « observations du Dr Halahan, présentées à la Société « obstétricale. Sur les cas du Dr Halahan, trois femmes « qui tombèrent malades immédiatement après l'accouchement moururent. Des cinq qui furent prises dans l'espace des 24 premières heures après la délivrance une « seule guérit. Sur les 3 qui furent atteintes le troisième « jour, il y eut un seul cas de guérison ; les trois autres « malades citées par M. Halahan, qui ne furent atteintes « que le cinquième ou après le cinquième jour, se rétablirent complètement. »

Voici maintenant, suivant Mac Clintock, les causes de la mort qu'il a pu relever dans ses diverses observations.

« Sous le rapport des causes de la mort, je trouve que,

« parmi les cas de scarlatine dont l'issue fut fatale, 6 ma-
« lades succombèrent sous l'influence de la maladie, deux
« moururent de métro-péritonite et deux de péritonite sur-
« venue à une époque avancée des couches à laquelle
« cette maladie se développe rarement. Ces deux décès
« eurent lieu, l'un le douzième et l'autre le treizième jour
« après l'accouchement. Dans ces deux cas, les symptômes
« de péritonite se déclarèrent en même temps que commen-
« çait la desquamation, et ils marchèrent avec une telle
« rapidité que dans l'état d'affaiblissement où était l'orga-
« nisme, l'issue fatale arriva dans l'espace de 36 heures.
« Chez les huit autres malades la mort eut lieu, le cin-
« quième jour dans 3 cas, le sixième dans 2, et les hui-
« tième, neuvième, onzième jour dans chacun des trois
« autres à compter du jour de l'accouchement. »

Mac Clintock fait ensuite des remarques intéressantes sur la marche habituelle des accidents morbides. « Je ne
« puis dire s'il y eut quelque chose de particulier quant
« au mode suivant lequel la maladie fit son invasion. Les
« phénomènes initiaux furent la fréquence du pouls, la
« chaleur de la peau, la céphalalgie et la coloration de la
« langue rappelant l'aspect de la fraise, avec la rougeur
« du pharynx. Relativement au pouls, je désirerais faire
« une observation. Dans la convalescence parfaitement
« normale de la parturition, c'est, d'après mes remarques,
« une circonstance exceptionnelle pour le pouls de battre
« d'une manière permanente au delà de quatre-vingts
« battements par minute ; bien plus, j'ai vu des cas, et
« nullement rares, où le nombre des pulsations était de
« soixante, cinquante-six, quarante-huit et même qua-

« rante-deux par minute, sans aucune cause à laquelle on
« pût attribuer un pareil phénomène. D'où il suit qu'une
« accélération permanente du pouls à quatre-vingt-seize
« et au-dessus doit toujours éveiller la vigilance du mé-
« decin et l'engager à un examen attentif et complet de
« l'état de la malade. Grâce à une stricte attention sur
« ce point, je suis arrivé dans quelques cas à pouvoir
« soupçonner la présence de la maladie à une période ex-
« trêmement rapprochée du début, et alors que les autres
« symptômes en étaient encore très imparfaitement déve-
« loppés.

« L'éruption fut dans plusieurs occasions très lente à se
« montrer. Ainsi dans un cas elle ne parut qu'au bout de
« quatre-vingt-seize heures, et dans d'autres qu'après
« cinquante-six, quarante-huit et quarante-quatre heu-
« res, sans que ce retard parut avoir aucune influence
« défavorable sur la marche de la maladie, puisque toutes
« ces femmes guérirent.

« Dans un cas cependant, où il s'écoula un intervalle
« de quarante-sept heures avant la sortie de l'éruption,
« la femme mourut, mais pas avant le treizième jour, et
« alors elle fut emportée par une péritonite. Dans aucun
« cas la fièvre ne tomba lors de l'apparition de l'érup-
« tion. Cette dernière ne présenta rien de particulier
« dans son caractère. En général, les cas où elle fut le
« plus intense avec coloration la plus prononcée furent les
« plus graves. Dans un cas l'éruption commença à paraître
« dans le cours du travail. La malade en était à sa pre-
« mière grossesse et était âgée de trente et un ans. La pre-
« mière période du travail avait été un peu plus longue

« que d'ordinaire, en conséquence d'un état de rigidité « du col utérin. L'on remarqua alors que la face était « colorée et le pouls accéléré dans des proportions dont « ne pouvaient suffisamment rendre compte les circons- « tances du travail. Dans le but de favoriser les dilata- « tions des parties molles, je fis placer la malade dans un « bain de siège chaud qui eut un effet doublement avan- « tageux, car lorsque je la revis ensuite au bout de deux « ou trois heures, je trouvai que la tête avait franchi l'o- « rifice du col et que l'éruption scarlatineuse était bien « sortie sur la face, le cou et la poitrine. Le pouls était « alors à 120. La tête du fœtus étant suffisamment des- « cendue dans le bassin pour permettre une application « facile du forceps, je jugeai prudent d'y recourir pour « terminer l'accouchement. Je dois dire, du reste, que je « n'adoptai cette conduite qu'en conséquence de l'appa- « rition de la scarlatine et nullement en raison d'aucun « symptôme urgent en rapport avec la marche du travail. « Le jour suivant, l'éruption était bien sortie et d'une « teinte rouge très intense; le pouls était à 120; il y avait « de la tuméfaction et une rougeur considérable de la « gorge ; la langue était sèche et brunâtre. Les symptô- « mes prirent de plus en plus le caractère typhoïde, et la « malade succomba le sixième jour, l'éruption occupant « encore la peau sans diminution de son intensité. Il ne « se produisit pas d'ulcération du pharynx ; il n'y eut à « aucun moment ni vomissement, ni diarrhée, bien qu'il « y eût de la tympanite abdominale. A partir du second « jour la malade fut en général dans un état de stupeur « confinant au coma mais n'y arrivant pas tout à fait. Ce

« cas est le seul que j'aie eu l'occasion d'observer, où la « scarlatine se soit sans aucune équivoque déclarée avant « la terminaison du travail. Les forces vitales fléchirent « immédiatement sous l'influence de la maladie et l'em- « ploi libéral des stimulants diffusibles, de la quinine et « de l'alimentation se montra impuissant à prévenir ou à « retarder l'issue fatale. L'affection de la gorge fut com- « parativement faible dans tous les cas ; dans deux seule- « ment il y eut de l'ulcération et elle fut du caractère « le plus simple et le plus ordinaire. L'absence relative « d'angine, forme, ce me semble, un trait remarquable « de la scarlatine survenant chez les femmes en couches. « En dehors de cette condition on n'observe guère, je « crois, chez les malades adultes, une immunité de ce « genre et si complète. Lorsque la maladie suit une mar- « che favorable, sa présence ne semble entraver en au- « cune façon l'accomplissement normal des fonctions « particulières à l'état puerpéral. La sécrétion du lait et « des lochies, l'involution de l'utérus, le resserrement du « vagin, tout se fait sans être troublé par la complication « existante. Je ne puis non plus dire que l'intervention de « la scarlatine augmente la tendance à la production de « la fièvre puerpérale. L'opinion opposée serait peut-être « plus d'accord avec les faits. Il est important de ne pas « oublier que le plus grand nombre des cas de ce genre « se sont présentés à des époques où la fièvre puerpérale « régnait plus ou moins. Et cependant, sur les 34 cas ci- « tés plus haut à la Maternité de Dublin, de novembre « 1854 à novembre 1861, il y eut seulement une femme « morte de phlébite utérine, une de métrite, deux d'in-

« flammations abdominales, et chez ces dernières la ma-
« ladie peut avec autant de raison être appelée péritonite
« scarlatineuse, que péritonite puerpérale, et précisé-
« ment à cette période particulière de la scarlatine, à sa-
« voir l'extinction de l'éruption, où, d'après Copland, l'in-
« flammation de la membrane séreuse de l'abdomen est
« le plus susceptible de se montrer. Parmi les malades
« qui guérirent, il y en eut deux qui présentèrent quel-
« ques symptômes de métrite vers le moment de la sortie
« de l'éruption, mais ces symptômes, sensibilité de l'uté-
« rus et douleur légère, cédèrent à des moyens très peu
« actifs après le développement complet de l'éruption.
« Dans aucun des cas dont il est question dans ce mé-
« moire, je n'ai eu à constater un seul exemple d'anasar-
« que. Cette remarque toutefois doit être entendue comme
« signifiant seulement que les malades quittèrent l'hôpi-
« tal avant ou vers l'époque à laquelle cet accident con-
« sécutif a continué de se montrer ; en sorte qu'il ne m'est
« pas possible de dire si toutes les malades restèrent
« exemptes d'hydropysies ou quelle proportion parmi elles
« s'en trouva atteinte. Ce qui est certain, c'est qu'aucun
« exemple n'en est venu à ma connaissance. Dans plu-
« sieurs cas, un retour très appréciable des symptômes
« fébriles apparut à l'époque de la desquamation, com-
« mençant vers le huitième ou seizième jour.

Hardy. — *Dublin médical journal*, 1868.

En 1868, Hardy publia dans le même journal quelques observations de fièvre puerpérale, dont l'une est repro-

duite *in extenso* à la fin de cette thèse. Il fit ressortir que certaines femmes gravides, n'ayant jamais eu la scarlatine, et s'étant trouvées dans les conditions les plus favorables à la contagion et à l'éclosion de la maladie, ne l'ont cependant pas eue, ni pendant la grossesse, ni après l'accouchement. Nous croyons devoir citer ici les deux exemples qu'il donne.

Observation I (de Hardy).

Dublin quaterly, journal of médical Sciences, 1868. Vol. 45. P. 329.

Une mère de plusieurs enfants, se trouvant au huitième mois d'une nouvelle grossesse, et habitant une demeure mal aérée et assez malpropre, eut la douleur de perdre un fils de 15 ans de la scarlatine, et de voir quatre autres de ses enfants frappés par la même maladie. Une jeune fille de 11 ans, qui 5 semaines auparavant avait eu la scarlatine, fut prise d'accidents éclamptiques, avec albuminurie très intense. Un garçon de 12 ans était atteint d'anasarque et d'albuminurie abondante. Un deuxième garçon avait une parotidite du côté droit. Sous l'influence du traitement que j'instituai les enfants guérirent. Cette femme n'a contracté la scarlatine, ni pendant sa grossesse, ni pendant les suites de couches. Elle n'en avait jamais été atteinte auparavant.

Observation II

Une enfant âgée de 12 ans contracte la scarlatine; l'éruption était très abondante. Je trouvai, près de la petite malade, sa mère sur le point d'accoucher, et une petite sœur de 4 ans que je fis

éloigner. Mais la mère continua à soigner son enfant. Ni la petite fille de 4 ans, ni la mère, ne contractèrent la scarlatine.

HERVIEUX (*Union médicale*, 1867).

La traduction de l'article de Mac Clintock dans l'*Union médicale* de 1866, fut l'occasion dans ce même journal d'une communication fort intéressante de M. Hervieux. Ce médecin distingué avait été témoin de plusieurs cas de scarlatine chez les femmes en couches, à l'époque où Guéniot était interne dans cet établissement. Hervieux se montra comme Mac Clintock partisan de l'origine scarlatineuse de l'affection; mais bien loin de partager les craintes de cet auteur sur la terminaison fatale de la maladie, il affirme qu'on a singulièrement exagéré la gravité du pronostic; comme les auteurs précédents, il signale la rareté ou la bénignité de l'angine, l'apparence scarlatineuse de l'exanthème, etc.; quelques-uns de ses cas ont été compliqués de métrite, de phlébite utérine, et même de péritonite. Voici, du reste, comment il s'exprime sur cette maladie :
« Si je n'avais eu d'autre but que de montrer combien
« Mac Clintock était loin de la vérité, lorsqu'il avançait
« que la scarlatine puerpérale n'avait été avant lui l'objet
« d'aucune recherche, je pourrais borner là ma tâche,
« mais il serait difficile au lecteur, avec des matériaux
« si hétérogènes, de se faire une idée exacte de la mala-
« die. Essayons donc d'en tracer ici le tableau, qui ne sera
« d'ailleurs qu'un résumé fidèle des faits que nous avons
« observés et de ceux qui ont été recueillis par nos de-
« vanciers.

« J'admets volontiers avec Mac Clintock, que l'acte de « parturition et les conditions dans lesquelles il laisse l'en- « semble de l'économie sont des circonstances éminem- « ment favorables au développement de la scarlatine; je « pense, avec l'auteur anglais, que l'exaltation ou la « sensibilité, l'épuisement des forces, l'activité exagérée « des fonctions d'absorption et de sécrétion, le trouble « de la circulation, etc., créent chez la femme en couches, « une véritable aptitude à la contamination du sang par « certains poisons morbides et par le poison scarlati- « neux en particulier. La plupart des faits que nous « avons rapportés déposent en faveur de cette proposition. « Presque toujours, en effet, c'est le premier ou le second « jour de couches qu'éclate la maladie; plus rarement « apparaît-elle au bout de quelques jours.

« Cependant, il ne faudrait pas croire que la gestation « constitue une immunité, comme on serait porté à le « croire d'après les faits rapportés par le Dr Senn et « M. Trousseau (1).

« Dans l'épidémie observée par M. Senn, aucune « femme n'aurait été atteinte pendant la grossesse. D'au- « tre part, lors de l'épidémie de Court-Cheverny, étudiée « en 1828 par M. Trousseau, avec le concours de MM. Le- « blanc et Ramon, les femmes enceintes restaient à l'abri « de l'influence épidémique. Mais dans l'une des obser- « vations qui nous sont propres (Obs. V), nous voyons la

1. M. de Tornéry a bien voulu nous montrer une série de cas où la scarlatine s'est produite pendant la grossesse, ce qui confirme l'assertion d'Hervieux, quant à l'immunité de la grossesse.

« scarlatine éclater au sixième mois de la grossesse et
« déterminer l'avortement pendant la période d'éruption.
« La deuxième observation de Dance nous montre égale-
« ment la scarlatine se développant au sixième mois
« d'une deuxième grossesse, et amenant l'avortement le
« jour même où apparaît l'éruption. Un grand nombre
« d'autres cas de scarlatine survenue pendant la gros-
« sesse, ont dû échapper, par ce fait que la maladie
« avait donné lieu à l'accouchement prématuré.

« Voici, en effet, ce qui arrive dans nombre de cas.
« Une femme en travail se présente à l'hôpital, y ac-
« couche au terme de huit mois ou de huit mois et
« demi ; elle est atteinte ce jour même d'une éruption
« scarlatineuse. Eh bien, soit inattention, soit faute de
« renseignements suffisants, on néglige la question de
« savoir si l'accouchement n'a pas été avancé par l'ex-
« plosion de symptômes de la période dite prodromique,
« et on ne voit dans ce fait qu'une scarlatine développée
« après l'accouchement. »

Hervieux soutient qu'il n'y avait pas d'épidémie de scarlatine au dehors, « je puis affirmer que notre épidémie de scarlatine était une épidémie toute locale, toute spéciale à la Maternité. Il n'existait pas d'épidémies semblables à Paris. »

Invasion. — Suivant Hervieux l'invasion dure de quelques heures à deux jours. Les symptômes qui signalent cette période sont : une fièvre intense, rarement précédée de frissons, chaleur brûlante de la peau, pouls fort et fréquent, douleurs dans les membres, courbature, céphalalgie, sensation de chaleur au pharynx, rougeur de

l'isthme du gosier et du voile du palais, lochies et sécrétions mammaires normales.

Un fait remarquable qui a paru très général, sinon constant, dans la scarlatine des femmes en couches c'est la faible intensité de l'angine (1). Hervieux remarque que l'exanthème débute par le tronc, volontiers par l'abdomen.

BESNIER (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1870.)

En 1870, M. Besnier dans son rapport sur les maladies régnantes, (*Bulletin de la Société médicale*, 1870. P. 170), s'exprime ainsi : « Nous devons signaler dès le mois de « janvier l'apparition dans le mouvement des hôpitaux « de un décès par scarlatine puerpérale (hôpital Saint-« Louis), de deux affections semblables terminées par « guérison à la maison d'accouchement et de une à l'hôpi-« tal des Cliniques. A l'hôpital de la Pitié, M. Cornil, « suppléant le professeur Lasègue, observait dans le même « mois un cas de scarlatine chez une nouvelle accouchée, « avec purpura et hémorrhagie terminée par la mort au « quatrième jour de la maladie. En ville, dans le quartier « Malesherbes, M. le Dr Gros, notre collègue, constatait « le 26 février, chez une dame accouchée le 25, une scar-« latine sans prodromes, sans angine et sans éruption

1. Cependant M. de Tornéry nous a fait remarquer que dans les cas de Brown, l'angine était intense. Nous rappellerons aussi que le cas personnel observé par nous avait débuté par un violent mal de gorge.

« confluente. Miliaire générale sur le tronc, apogée pen-
« dant six jours, le septième seulement diminution de
« tous les symptômes, convalescence difficile, etc. Pour le
« même mois enfin, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Lorrain
« signale des scarlatines d'une espèce particulière « avec
« une rougeur peu intense et une singulière inégalité
« dans les symptômes, quelquefois sans fièvre et sans
« angine ». Le premier cas fut observé chez une femme
« en couche renvoyée de chez une sage-femme. Entrée
« dans les salles de M. Lorrain le 19 février elle suc-
« comba dans la nuit du 26 au 27. L'éruption était extrê-
« mement abondante, il n'y eut pas d'albumine dans
« l'urine ; on trouva quelques noyaux de pneumonie lobu-
« laire, nulle lésion de l'appareil génital, ni du péritoine.

« Le deuxième se déclara chez une femme accouchée
« dans les salles de M. Lorrain depuis cinq jours.

« Il y eut grande abondance de miliaire sur le tronc,
« sans sueurs. L'angine fit défaut, la fièvre fut modérée,
« et la maladie eut une durée de quatre jours environ.

« Le troisième fut observé sur une femme de 26 ans,
« primipare, accouchée à terme le 26 février. Le 27, l'érup-
« tion fut reconnue. Il n'y eut pas d'angine.

« L'éruption fut faible ; elle était surtout caractérisée
« par un pointillé hémorrhagique. Pas de sueurs. La mort
« survint le 1er mars.

« Si l'on se rapporte, dit M. Lorrain, aux faits de ce
« genre relatés par divers auteurs, notamment à l'excel-
« lente thèse de notre collègue, M. Guéniot : « *De certaines*
« *éruptions dites miliaires et scarlatiniformes des femmes*
« *en couches.* » On voit combien les épidémies diffèrent

« l'une de l'autre. Il n'en reste pas moins certain que « parmi les maladies épidémiques qui peuvent atteindre « les femmes en couches, la scarlatine miliaire est une des « plus meurtrières, en raison sans doute du terrain « spécial qu'elle rencontre chez les femmes en puerpéra- « lité. »

Et M. Besnier ajoute plus loin que « sur les cinq « observations appartenant à M. Guéniot il n'y avait que « un cas de mort, et l'auteur était porté à considérer la « maladie qu'il observait comme devant être généralement « bénigne. Malheureusement cette bénignité, comme nous « venons de le voir, n'est pas la règle. D'un autre côté « notre distingué confrère se montre peu disposé ou du « moins ne se croit pas autorisé, par sa propre observation, « à accorder à ces affections le caractère épidémique ; nous « croyons cependant que les observations antérieures dé- « montrent, au contraire, que les scarlatines, ou scarlati- « noïdes puerpérales, constituent une affection épidémique; « les faits que nous avons rapportés d'après MM. Lorrain, « Gros, Cornil, observés dans le même moment et avec les « mêmes caractères, corroborent notre manière de voir, « et nous ajouterons pour ce qui concerne les salles de « M. Lorrain, que cette épidémie s'y est développée comme « l'avait remarqué le regrettable D[r] Gros à l'hôpital « Saint-Louis, peu de temps après qu'une épidémie grave « de fièvre puerpérale avait régné dans les mêmes salles. »

LORRAIN (*Etudes de clinique médicale*).

Le professeur Lorrain, lors de la discussion qui s'éleva

à la Société Médicale des Hôpitaux à propos des faits signalés par Besnier, dans son rapport épidémiologique et plus tard dans ses *Etudes de médecine clinique* a repris la question de la miliaire puerpérale. Il se refuse d'en faire une scarlatine « car aucun des enfants de ses salles n'a présenté trace d'une éruption » il n'a pas noté non plus de contagion chez les malades adultes. Il repousse également l'idée de miliaire sudorale, car dans la plupart des cas qu'il a observés, il n'y avait pas de sueurs exagérées. En définitive, il invoque la vieille idée des constitutions médicales ! On trouvera à la fin de cette thèse une observation qui lui appartient.

Auteurs Anglais de 1870 a 1876 (1).

A partir du rapport de Besnier jusqu'en 1877 les auteurs français semblent avoir délaissé la question si épineuse, mais si intéressante, de la scarlatine puerpérale. Il n'en fut pas de même en Angleterre où grâce à Braxton Hicks l'affection fut pour ainsi dire à l'ordre du jour. Non seulement on reconnaît que la scarlatine, contrairement à l'opinion formulée par Helm, fait ressentir son influence sur les suites de couches, mais on se demande si les accidents fébriles des suites de couches ne sont pas principalement dus à la scarlatine, surtout quand les symptômes sont infectieux et qu'ils règnent à l'état épidémique.

Analysons d'abord le travail de Braxton Hicks, qui parut en 1871.

1. Traduit et résumé pour nous par M. de Tornéry.

BRAXTON HICKS (*Obstétrical transactions of London*, 1871).

Les cas de Braxton Hicks ont tous été observés dans sa clientèle particulière. « J'ai rencontré, dit-il, ces cas « dans ma clientèle particulière et dans toutes les classes « de la société, c'est dire que les conditions dans lesquel- « les ils se sont produits ont été très variables : ceci est « vraisemblablement un avantage ; en effet, beaucoup des « observations de fièvre puerpérale qui ont été relatées « jusqu'ici, avaient été vues dans les hôpitaux, où une « même cause peut avoir une influence prédominante, au « moins tant que dure une épidémie, tandis que les faits « que j'ai recueillis ont évolué sous les influences les plus « différentes qu'on puisse trouver dans la pratique de no- « tre art : Je ne prétends pas avoir rapporté tous les cas « de fièvre puerpérale que j'ai rencontrés, mais seulement « ceux chez lesquels j'ai pu reconnaître la filiation des « accidents, ils n'ont pas été choisis, mais pris indistinc- « tement sur les relevés cliniques que j'ai faits dans le « cours de plusieurs années. »

Voici maintenant ce qui a trait à la scarlatine. Braxton Hicks croit pouvoir rattacher la fièvre puerpérale à cette affection dans 37 cas, dont 20 avec le rash scarlatineux ordinaire, et 17 sans rash, dont 15 avec infection certaine et 2 sans infection certaine.

« Il semble donc, affirme cet auteur, que la scarlatine « est à la tête des facteurs morbides. En éliminant même « les cas où le rash n'a pas apparu, nous trovons que le

« chiffre dépasse celui fourni par n'importe quelle autre « affection. J'ai rangé les cas sans rash, dans le groupe de « la scarlatine, parce que l'on pouvait soit pour une raison, « soit pour une autre, songer à cette maladie, les symptô- « mes par exemple étaient semblables quoique peut-être « pas aussi typiques que ceux avec rash, et à ce sujet je « désire faire les remarques suivantes : dans les cas où il y « avait rash le doute n'est guère permis, mais là où l'é- « ruption était peu distincte ou d'une nature indéterminée, « on pourrait hésiter, parce que, dans le cours de certai- « nes intoxications, on voit apparaître un érythème scar- « latiniforme, dont l'origine semble bien être autre que « la scarlatine, mais en se rappelant les cas de scarlatine « indubitable où l'éruption reste fruste, on aura moins « de répugnance à regarder les faits dont je parle, comme « de la scarlatine véritable. D'ailleurs, cette maladie a « tant de façons de se propager qu'il est difficile de nier « qu'il y ait pu y avoir contagion. De nombreux enfants, « une nourrice de la classe pauvre, le médecin lui-même, « nécessairement en rapport continuel avec ces pyrexies « exanthématiques peuvent être les agents du contage. Il « est malaisé assurément de distinguer ce rash de celui « de certaines septicémies, mais sont-ils de nature si « différente que cela, et leur origine commune ne peut- « elle pas être une scarlatine qui a passé inaperçue. Il est « impossible de répondre maintenant à cette question, « mais l'examen rigoureux des faits pourra à l'avenir « éclaircir le problème. Il y a un point qu'il faut faire « ressortir et qui s'est retrouvé dans tous les cas avec ou « sans rash, c'est l'absence du mal de gorge ; c'est bien

« exceptionnellement que nous avons noté de la dyspha-
« gie, et même dans ces cas la tuméfaction des ganglions
« cervicaux était à peine appréciable. » Braxton Hicks s'est demandé, comme les auteurs précédents, pourquoi la scarlatine survenait si vite après l'accouchement. Si elles accouchaient prématurément, dit-il, la chose serait moins surprenante, parce qu'on pourrait dire que c'est la maladie qui, en germe, a déterminé l'accouchement prématuré, mais il n'en est pas ainsi, et presque toutes les femmes arrivent à terme. Il n'y a que deux façons d'expliquer les choses, ou bien on peut admettre que la femme tant qu'elle est grosse possède un état réfractaire insurmontable contre la scarlatine, ou bien au contraire, que la femme est infectée au moment même de l'accouchement par la voie génitale, et que la durée d'incubation est très courte à cause des conditions spéciales dans lesquelles se trouve la femme. On trouve, du reste, fait remarquer Braxton Hicks, quelque chose d'analogue dans la scarlatine traumatique sur laquelle Sir James Paget a attiré dernièrement l'attention.

Braxton Hicks insiste encore sur la marche de ces érythèmes scarlatineux, qui se montrent simultanément sur la totalité du corps : on ne voit pas cela dans les scarlatines ordinaires; la température n'a pas été malheureusement prise d'une manière régulière. Il y avait en moyenne 105 à 160 degrés Farenheit. Il regrette aussi de ne *pas savoir* le plus souvent s'il y avait eu auparavant une *attaque antérieure de scarlatine*. Néanmoins il croit pouvoir poser les conclusions suivantes:

1° Un grand nombre des accidents morbides que l'on

observe dans les suites de couches peuvent être attribués à la scarlatine.

2° La moitié au moins des malades ont des signes caractéristiques de scarlatine, tels que rash, maux de gorge, etc.

3° On observe souvent, mais non toujours, des troubles secondaires, tels que métrites, périmétrites, péritonites, pyémies.

4° Le mal de gorge est tout au plus léger et l'érythème scarlatineux se répand plus simultanément sur tout le corps que dans les cas habituels de scarlatine.

5° Les symptômes généraux et les complications suffisent à démontrer qu'il s'agit de scarlatine, qu'il y ait ou non érythème ou angine.

6° La maladie débute ordinairement entre le troisième et le cinquième jour qui suit l'accouchement.

7° Malgré les infections scarlatineuses auxquelles peuvent être exposées les femmes pendant des mois, durant leur grossesse c'est toujours néanmoins à l'époque précitée qu'éclate la maladie.

Discussion de 1875 à la Société obstétricale de Londres, sur la nature de la fièvre puerpérale.

Le travail de Braxton Hicks fut très remarqué. Il souleva quelques oppositions parmi les obstétriciens Anglais, mais ce fut un peu plus tard que ceux-ci se prononcèrent.

En 1875, à l'occasion d'une communication du Dr Spen-

cer Wels eut lieu à la Société obstétricale de Londres une célèbre discussion sur la nature de la fièvre puerpérale, dont nous ne prendrons que ce qui concerne notre sujet.

Le Dr *Leishman* (de Glascow), après avoir rejeté quelques-unes des idées qu'il avait professées auparavant sur la nature de l'infection puerpérale, et déclaré que dans la majorité des cas il s'agissait d'infections septicémiques, ajoute cependant ces mots à propos de la scarlatine puerpérale : « *Je ne suis pas cependant sûr que tous les faits de fièvre puerpérale relèvent de la septicémie.* » Il y a des cas où une femme en couches contracte malheureusement pour elle une maladie contagieuse spécifique, et comme exemple je n'ai qu'à citer la scarlatine ; il n'y a rien que nous autres praticiens nous redoutions autant, et à juste raison, car l'affection se termine invariablement par la mort ; or, il peut se présenter des difficultés sérieuses pour différencier ces scarlatines puerpérales des infections septiques, car bien souvent la maladie semble plutôt relever d'une lésion locale, telle qu'une métrite ou une péritonite plus ou moins généralisée. Le Dr *Newmann de Straford* fut de la même opinion que les orateurs précédents, et pour mieux montrer les analogies qui peuvent exister entre la scarlatine et la fièvre puerpérale, il rapporta le cas suivant : « Il y a quelques années je soignais une femme atteinte d'une fièvre puerpérale intense ; elle mourut deux jours après ma première visite, j'appris que peu de jours avant son accouchement elle avait visité une famille dont l'un des enfants était atteint d'une fièvre scarlatinè, mais comme ma malade ignorait le nom de la

maladie dont l'enfant était atteint, elle ne me fit pas part de ce détail ». *Newmann* affirme qu'il a vu plus d'une fois la scarlatine prendre ainsi chez les nouvelles accouchées l'*allure d'une maladie septicémique*, lorsque cependant la contagion et la filiation des accidents n'étaient point douteuses.

Le *Dr Braxton Hicks* fit après Newmann une sorte de résumé du travail que nous venons de citer plus haut. Il rappelle ses 89 cas de suites de couches compliquées d'accidents fébriles; dans 68 cas il y avait manifestement une maladie infectieuse, c'est-à-dire dans plus des deux tiers des cas « sur ces 68 cas 37 se rattachèrent plus ou moins directement à la scarlatine, dans les autres cas on pouvait incriminer l'érysipèle, la diphtérie, la corruption des lochies... » Dans une famille où une femme en couches avait succombé à une atteinte grave de fièvre puerpérale, les deux enfants de celle-ci furent atteints 3 jours après la mort de la mère, de scarlatine maligne. Braxton Hicks rapporta encore un autre cas semblable au premier ». Après les 12 premières heures qui suivirent l'accouchement une dame multipare est prise d'accidents fébriles, puis d'un érythème sans caractère spécifique : le troisième jour il survint des arthrites multiples dans les jointures, elle fut prise de délire, les symptômes morbides s'aggravèrent de plus en plus, et elle mourut le cinquième jour de la maladie. Le médecin de la famille n'avait pas vu de scarlatine depuis deux mois, la nourrice était très bien portante et son interrogatoire ne révéla rien de suspect ; mais 5 ou 6 jours après l'aîné des enfants de cette femme a une scarlatine grave dont il meurt ; il en

est de même du second » le nouveau-né est atteint aussi de cette maladie, mais il en guérit. « J'ai vu, dit Braxton Hicks, bien des cas où une femme accouchant dans un milieu manifestement contaminé par la scarlatine, a eu une fièvre simulant absolument la fièvre puerpérale, et même dans les cas où il y avait quelques-uns des symptômes habituels de la scarlatine, ces phénomènes morbides risquaient fort d'échapper à un observateur inattentif tant ils étaient masqués par les autres symptômes. On me répondra : « J'ai vu des scarlatines et j'ai fait des accouchements en même temps, cependant aucune de mes nouvelles accouchées n'a contracté d'accidents fébriles. » A cela je répondrai qu'il se peut parfaitement qu'il en soit ainsi, mais que cela ne prouve rien, car tout le monde n'est pas apte à contracter la scarlatine ; ceux qui l'ont eue déjà une fois en sont exempts et c'est le cas de la plupart des nouvelles accouchées. »

Braxton Hicks essaya ensuite de réfuter l'argument de ceux qui lui avaient objecté que souvent il n'y avait point du tout de concordance entre les épidémies de scarlatine du dehors et le chiffre des cas de fièvre puerpérale dans la Maternité des villes ainsi infectées par la scarlatine.

Il dit que cela prouve simplement que les cas de scarlatine puerpérale n'ont point pu se propager et sont restés en conséquence isolés. Du reste Braxton Hicks *fait aussi leur part à d'autres causes telles que l'érysipèle, la septicémie, etc., assignant ainsi à la fièvre puerpérale une origine très multiple. Pour lui l'état puerpéral suffit à donner à une fièvre spécifique le caractère malin, et cela est d'autant*

plus manifeste que l'accouchement s'est fait plus à terme.

Le Dr Barnes se montra partisan des idées de Braxton Hicks. « On a dit qu'une scarlatine ne pouvait donner qu'une scarlatine, de même qu'un gland ne pourra que donner plus tard un arbre à glands ; cela est vrai dans une certaine limite, mais j'ai vu des femmes infectées de scarlatine ne présentant aucun des symptômes habituels de cette maladie, ni angine, ni adénites cervicales, ni rash, et cependant ces cas se sont terminés par la mort. On ne réfléchit pas que les femmes en couches sont dans des conditions bien propres à modifier la maladie et à lui donner une issue fatale. Il y a involution utérine, évacuation du sang, qui est superflu ; la lactation s'établit avec un cortège de symptômes qui sont sur les confins de la fièvre, la moindre excitation ou la moindre matière nocive introduite dans la masse sanguine, sont capables de déterminer de la fermentation et de la fièvre. Et la nature du poison importe peu.

Je me rappelle qu'un observateur a noté qu'un cancer dans une maternité avait déterminé une épidémie de fièvre puerpérale. On dira un cancer ne peut engendrer qu'un cancer ; mais il peut déterminer de la fièvre chez une femme en couches. C'est pour cela que la scarlatine ne se manifeste pas de la même manière chez les femmes pendant et en dehors des couches, la lymphe vaccinale peut tuer quand le sujet est dans un certain état de santé; ainsi que l'a noté sir Benjamin Brodie, chez certaines personnes la moindre égratignure détermine des accidents sérieux, et toutes ces conditions prédisposantes à de graves troubles morbides se retrouvent à un

haut degré chez la femme enceinte : Aussi la maladie n'évolue-t-elle point comme d'habitude et éclate-t-elle dans les premières vingt-quatre heures, dans les deux premiers jours ».

Au contraire, le Dr Squire combattit les vues du Dr Braxton Hicks. « On peut dire que les maladies contagieuses « spécifiques n'ont jamais produit le moindre cas de fièvre « puerpérale. Si on lit le troisième volume de nos tran- « sactions obstétricales, je vois que le président avance que « toutes les causes capables d'engendrer des maladies « zymotiques peuvent engendrer des fièvres puerpérales, « et dans le volume X le président affirme que la fièvre « puerpérale peut être causée par la scarlatine, la rou- « geole, la fièvre typhoïde.

« Cette opinion semble avoir été partagée par la plus grande partie de nos collègues à la dernière réunion de cette société ; quelques-uns sont allés jusqu'à considérer la septicémie comme une forme de fièvre scarlatineuse ou typhoïde. *Toutes ces idées je les contredis, et non seulement je pense que la fièvre puerpérale ne peut être ni du typhus ni de la fièvre typhoïde, ni de la variole, ni de la rougeole, ni de la dyphtérie, ni même de la scarlatine, mais je soutiens encore que l'état produit par les suites de couches ne les modifie que très légèrement, de telle sorte qu'elles restent toujours reconnaissables* ; *qu'en conséquence il faut leur donner le nom qui leur appartient et non celui de fièvre puerpérale.*

« Bien que l'accouchement antérieur et la fièvre puerpérale véritable qui peut venir compliquer des maladies soient des facteurs défavorables, les accidents morbides

sont loin d'être toujours aussi graves qu'on l'a dit... d'autre part j'ai soigné de la scarlatine une petite fille dont la mère venait juste d'accoucher en ce moment, et qui n'avait jamais eu auparavant cette pyrexie exanthématique; néanmoins elle ne contracta nullement la scarlatine et se rétablit très promptement sans aucun accident fébrile. »

Le Dr *Brunton se déclara partisan de la spécificité de la fièvre puerpérale.* La scarlatine puerpérale même grave peut du reste se terminer par guérison. Ainsi il a vu une femme en couches atteinte de scarlatine avoir des lochies aussi fétides qu'on pouvait le désirer, avec complications génitales, et qui avait en même temps une angine pultacée, une desquamation par larges lambeaux, et des complications rénales évidentes, guérir néanmoins.

Il rapporte d'autre part une communication écrite que lui avait faite le Dr Caskée. « Il y a quelques mois je fus appelé près de M. P... Je le trouvai couvert d'un érythème scarlatineux manifeste, et, dans la même chambre, sa femme accouchée depuis trois jours. Le travail avait été facile. Elle se rétablit promptement sans accidents fébriles; au contraire, son mari mourut. » Le Dr Brunton déclare en outre que les idées de Richardson et de Barnes sur l'état spécial qu'engendrent les suites de couches sont exagérées, *notamment la tendance fébrile immédiatement après l'accouchement dont il n'a pu voir qu'un exemple dans sa longue pratique.*

Le Dr *Huntley* (*Junior*) *n'a jamais vu dans sa pratique la scarlatine puerpérale simuler aussi exactement la fièvre puerpérale que l'a soutenu le* Dr *Braxton Hicks.* Ainsi il a

vu les enfants d'une femme en couches contracter la scarlatine, la mère fut infectée de cette maladie, mais celle-ci ne présenta pas un iota de différence avec ses formes habituelles. *Le Dr Brown* rapporta un cas assez contraire à la prédisposition des femmes en couches. Une femme était sur le point d'accoucher quand un de ses enfants contracta une scarlatine grave ; elle accoucha une semaine après et se rétablit admirablement bien sans avoir eu le moindre symptôme fébrile, elle n'avait jamais eu la scarlatine. Le Dr Brown a vu encore deux autres cas absolument semblables à celui-ci, et où cependant les femmes n'avaient jamais eu également la scarlatine.

Dans la séance du 7 juillet 1875 le Dr *Cordes de Genève*, correspondant étranger, envoya la communication suivante bien propre à attirer la curiosité sur l'action si diverse et si curieuse en même temps, que la scarlatine peut exercer pendant l'état puerpéral. Vers la fin de 1865 les 5 enfants de M. F... attrapent la scarlatine, ils sont soignés par leur mère qui est au dernier mois de sa grossesse. L'accouchement s'approchant, elle va faire ses couches chez sa mère pour ne pas exposer l'enfant à naître à contracter la scarlatine, elle met au monde une belle petite fille qui peu d'heures après est atteinte d'un mal de gorge et d'un érythème scarlatineux typique, la mère n'a eu à souffrir d'aucun accident fébrile et s'est remise promptement. Le Dr *Spencer Wells* rapporta dans cette même séance un fait analogue que le Dr Jackson de Notting Hill lui a rapporté dans une lettre. En septembre 1864, le mari d'une femme au dernier mois de sa grossesse est atteint d'une scarlatine intense, il est soigné jour et nuit par celle-ci qui avait

eu quelques années auparavant la même maladie. Quatorze jours après le début de la maladie elle tombe malade, et accouche prématurément d'un enfant bien constitué, qui est atteint d'un mal de gorge, avec rougeur intense du pharynx et bientôt par un érythème scarlatineux très intense. Le nouveau-né succomba le troisième jour, mais la mère se remit complètement au bout de très peu de temps ; la desquamation fut très marquée.

Le Dr *Playfair*, lorsqu'il aborda la discussion, commença par reconnaître la force des arguments du Dr Savage. « Il y a un argument sur lequel le Dr Savage a tout particulièrement insisté, c'est que les maladies contagieuses peuvent évoluer dans les suites de couches avec une marche favorable et leurs caractères habituels. Je reconnais parfaitement l'authenticité de ces faits, dont on possède de nombreux exemples ; c'est là une des plus sérieuses objections à faire disparaître, ce qui se fera, je l'espère, avec le temps. Quant à moi je pense, et ce n'est qu'une hypothèse que les recherches cliniques ultérieures peuvent faire admettre ou rejeter, que dans les cas à formes septicémiques le poison a pénétré par les organes génitaux et dans les formes normales par ses voies habituelles. »

Le Dr Tilt combattit énergiquement les vues émises par Braxton Hicks, car, dit-il, il compte pour fièvre scarlatineuse puerpérale tout cas ayant pu être infecté par la scarlatine où dans le nombre il y avait certainement beaucoup de fièvres puerpérales qui pouvaient être dues à de toutes autres causes. Il ne fût pas seul de son opinion. Immédiatement après la communication de M. Braxton Hicks, le

Dr Robertson de Glascow, qui est à la tête de l'importante maternité de cette ville, a déclaré par écrit qu'il était l'adversaire des idées nouvelles, contre lesquelles ont parlé encore différents membres de cette assemblée lors de la dernière séance. Tilt croit que la scarlatine agirait surtout *en rendant doublement dangereux les processus septiques qui seraient en train de se former dans l'organisme.*

Matthews Duncan.

Les idées de Braxton Hicks furent surtout renversées par les recherches de Matthews Duncan qui ayant examiné les courbes de mortalité de la scarlatine et de la fièvre puerpérale, s'aperçut qu'elles ne coïncidaient pas.

Allemands de 1868 a 1879.

Nous avons dit plus haut que les idées de Helm sur la non identité de la scarlatine et de la scarlatine puerpérale ont régné pendant longtemps en Allemagne. Cependant à la longue il se produisit une sorte de réaction, grâce aux travaux des Anglais et des Français que nous venons d'analyser. On se demanda ce qui empêchait une femme en couches de contracter une véritable scarlatine tout comme une autre femme.

En 1868, *Koch, dans sa dissertation inaugurale*, rapporta trois cas de scarlatine puerpérale qu'il avait observés à la Maternité de Giessen. La scarlatine existait alors à l'état épidémique dans la ville et les environs.

Une des femmes fut prise étant enceinte, et accoucha le lendemain un peu avant terme. Toutes les trois guérirent sans avoir jamais eu aucune lésion du côté des organes génitaux, ou du péritoine. Koch note également la coloration framboisée de la langue, ainsi que l'apparition tardive et le peu d'intensité de l'angine.

En 1873, dans une autre dissertation inaugurale, *Schneider* rapporta 5 nouvelles observations de scarlatine puerpérale observées à la clinique de Marburg de 1867 à 1873. Des 5 malades, quatre n'avaient pas eu encore la scarlatine, la cinquième disait avoir eu la scarlatine dans son jeune âge, et précisément chez elle l'affection prit un caractère de bénignité remarquable. Il n'y eut pas d'angines. Deux cas se terminèrent par la mort, dans l'un desquels on trouva à l'autopsie une *néphrite.*

Enfin, en 1876, Olshausen et Martin publièrent presqu'en même temps des articles importants sur la scarlatine puerpérale, l'un dans les *Archives de Crédé*, l'autre dans le *Zeitschrift fur geburtshülfe und gynæcologie.*

OLSHAUSEN (*Achives fur gynæcologie und obstetricæ de Crédé*, 1876) (1).

Olshausen reconnaît d'abord qu'en Allemagne, on ne s'est pas montré favorable à l'identification de la scarlatine vraie, avec la scarlatine puerpérale. « C'est Helm « qui en Allemagne s'est refusé à reconnaître dans ces

1. Traduit de l'allemand et résumé pour nous par M. de Tornéry.

« accidents morbides une véritable scarlatine, et les au-
« teurs qui sont venus après lui ont montré la confusion
« possible des deux affections. Voici sur quelles raisons
« ils s'appuyèrent pour les différencier : 1° ces épidémies
« se produisaient dans des maternités et sans coïncidence
« d'épidémie de scarlatine au dehors ; 2° la maladie eut
« une malignité plus en rapport avec la fièvre puerpé-
« rale ; 3° elle se compliqua de péritonite et autres mani-
« festations analogues à celles que l'on voit dans la fièvre
« puerpérale ; 4° l'angine fut légère ou manqua même
« complètement ; 5° début dans les premiers jours du
« *post-partum* comme le fait la septicémie ; 6° dans la
« plupart des cas il a été impossible d'établir la conta-
« gion. »

Cependant Olshausen ne se laissa pas ébranler par la force de ces arguments. Il essaya de démontrer qu'aucun n'était valable, et qu'à eux tous réunis ils ne pouvaient rendre vraisemblable la similitude d'une septicémie puerpérale avec une scarlatine. Quant à la contagion voici ce qu'il dit : « Dans bien des cas on a pu remonter à l'origine
« du contage, et même on a vu quelquefois la nouvelle
« accouchée contaminer des personnes de son entourage.
« Comme preuves je citerai les faits de Hicks, mon
« deuxième cas personnel, ceux de Clemens, enfin les trois
« derniers rapportés par Schneider. »

« Dans d'autres cas où l'on n'a pu arriver à démontrer
« la source de l'infection, il régnait au dehors des ma-
« ternités une épidémie de scarlatine. De ce que Senn,
« Dance, Hervieux, Brown, Mac Clintock, Denham, n'aient
« point signalé cette coïncidence, on ne peut tirer argu-

« ment contre la nature scarlatineuse de l'affection. Car « dans les grandes villes il y a toujours à l'état sporadi- « que, des cas de scarlatine, et un seul individu suffit « pour infecter toute une maternité. On ne peut donc à « ce point de vue combattre mes quatrième et cinquième « observations, tout praticien ayant rencontré des scarla- « tines bien authentiques, où la source de la contagion « n'a jamais pu être découverte. Qu'on se rappelle enfin « la ténacité du poison scarlatineux, qui peut être trans- « porté par une personne saine, des animaux, des objets « inanimés, par le lait, etc., etc. Quand les symptômes « sont ceux de la scarlatine véritable, pas plus dans les « suites de couches qu'en dehors, même quand on n'a pu « établir l'origine, on n'a le droit de nier la maladie. »

Quant à la *différence entre les symptômes* voici comment Olshausen la réfute : « Dans presque tous les cas, « la symptomatologie et l'anatomie pathologique ne per- « mirent pas de reconnaître l'existence de complications « génitales, soit chez le vivant, soit à l'ouverture du « cadavre. Senn et Dance disent positivement que « presque toujours l'utérus et le péritoine sont restés « sains. Dans le cinquième cas de Schneider on trouva « la muqueuse utérine gangrenée, mais le reste de la « matrice et la séreuse abdominale n'étaient point mala- « des. Dans mon quatrième cas on ne trouva absolument « rien du côté des organes génitaux. J'ai montré dans « l'historique que Malfatti n'avait pas été plus heureux. « Ce n'est que dans quelques cas que l'on a signalé « quelques symptômes morbides du côté des organes « génitaux, principalement de la sensibilité du côté de

« l'utérus qu'on trouve mentionnée dans trois des cas de « Hervieux, dans trois des cas de Hicks, dans un de mes « cas et dans un de ceux de Senn.

« Dans celui de Winkel on constata l'existence d'une « paramétrite. Il y eut de la péritonite dans un cas de « Guéniot le premier jour après l'accouchement, dans deux « des cas de Mac Clintock le dix et le onzième jour. Dans « deux autres observations de cet auteur on trouva de la « métrophlébite.

« Dans un cas cité dans la dissertation inaugurale de « Lange il y eut des frissons répétés et de la paramé- « trite. La malade succomba au bout de six semaines. « Schneider et Hervieux ont signalé des ulcérations aux « parties génitales. Guéniot a retrouvé dans un de ses cas « de la lymphangite utérine. C'est tout ce que j'ai pu re- « trouver dans les 141 cas de scarlatine puerpérale que « j'ai relevés ». La sensibilité du ventre ne prouve rien, car Olshausen remarque comme Senn, Trousseau, Braxton Hicks, etc., que pendant la grossesse la femme est généralement à l'abri de la scarlatine, car on ne connaît qu'un nombre très faible d'observations survenues chez des sujets gravides (1).

Elle survient d'ordinaire pendant les premiers jours des couches et les chiffres suivants empruntés à une statistique de 141 cas (dont 3 de Koch, 5 de Schneider, 2 de Clemens, 2 de Simpson, 2 de Hardy, 34 de Mac Clintock 9 de Browns, 2 de Johnston et Sinclair, de Winkel, 25 de Halahan, 18 de Hicks, de Lange, 8 de Denham, 7 de

1. Cela n'est point exact. Voir notre note, page 49.

Senn, 4 de Dance, 1 de Trousseau, 4 de Guéniot, 7 de Hervieux, 5 de Olshausen) montrent que 6 fois seulement la maladie débute pendant la grossesse.

8 fois immédiatement après l'accouchement.

62 fois du premier au deuxième jour après l'accouchement.

27 fois le troisième jour après l'accouchement.

22 fois du troisième au huitième jour aprés l'accouchement.

Comment expliquer ces faits? Hervieux dans l'épidémie qu'il observa, rappelle que les malades qui venaient à la Maternité au moment de leur accouchement, alors qu'il n'y avait pas à Paris d'épidémies de scarlatine, présentaient les phénomènes de cette affection les premiers jours de la semaine des couches; la période d'incubation était donc de 1 à 2 jours seulement. Au contraire Olshausen relate quelques observations dans lesquelles la période d'incubation s'est très prolongée pendant la grossesse. Peut-on expliquer par cette durée prolongée de l'incubation pendant la grossesse, par cette durée très courte de l'incubation après l'accouchement, la rareté de cette maladie pendant la grossesse et la fréquence immédiatement après ?

Olshausen signale la fréquence beaucoup plus grande de cette maladie chez les primipares, dans sa statistique il compte :

62 fois des primipares.

42 fois des multipares.

La maladie débute à grand fracas avec une fièvre violente, des frissons, une chaleur brûlante de la peau, un

pouls plein et fréquent, du malaise, de la céphalalgie, des douleurs dans les membres, de la dysphagie, puis l'éruption paraît sur le tronc; sa coloration est très intense, livide, quelquefois brune, au point qu'on ne peut la comparer qu'à celle de la variole hémorrhagique. Presque toujours elle se complique d'une éruption abondante de sudamina, d'où le nom de *miliaire rouge* que lui avaient donné les anciens auteurs.

Quant au *pronostic*, la date du début de l'affection aurait de l'importance ; sur ce point Olshausen est du même avis que Mac Clintock, et il cite à l'appui les chiffres suivants tirés de sa statistique.

Début immédiatement après l'accouchement, 8 fois, mort 67 0/0.

Début du premier au deuxième jour de la semaine des couches 62 fois, mort 35 fois, 58 0/0.

Début au troisième jour 27 fois, mort 14 fois, 51 0/0.

Début après le troisième jour, 22 fois, mort 3 fois, 13 0/0.

Olshausen appelle l'attention sur la valeur pronostique de la *diarrhée*. Ce serait, suivant lui, une complication fréquente et un signe du plus fâcheux augure : aussi considère-t-il l'emploi des purgatifs comme une faute lourde.

Le reste de l'article est employé à combattre Braxton Hicks et ses partisans.

Martin (*Zeitschrift für geburstshulfe und gynæcologie*, 1876, 2e volume).

Martin fit paraître dans le *Zeitschrift fur geburstshulfe und gynæcologie*, une étude sur la scarlatine puerpérale ; elle est moins importante que celle de Olshausen. De même qu'Hervieux il considère la maladie comme étant assez grave par elle-même et en subordonne le pronostic aux complications qui peuvent survenir du côté des organes génitaux. Il s'étonne de la fréquence de la scarlatine puerpérale chez les Anglais, et mettant en doute l'exactitude de leur statistique, il croit que la scarlatine puerpérale est en définitive un accident peu fréquent des suites de couches. En effet,il ne l'a constatée que trois fois, sur 38.000 accouchements. Nous ferons remarquer que ces trois cas se sont terminés par la mort et que celle-ci a été amenée par des complications génitales.

KAPOSI (1) (*Annales de dermatologie*, 1877).

Enfin en 1879 Kaposi distingua la scarlatine des femmes en couches (*scarlatina in puerperâ*) de la *scarlatina puerperalis :* celle-ci serait toujours mortelle comme l'avait dit Helm en 1837. Il décrit la scarlatine puerpérale comme éruption scarlatiniforme, diffuse, se développant sur la surface abdominale, très fréquemment accompagnée de nombreuses vésicules miliaires ; mais il note la plupart du temps des complications du côté de l'utérus ou du péritoine, un état typhoïde, et un écoulement lochial fétide.

Cette éruption septicémique est facile à distinguer, grâce aux symptômes que nous venons d'énumérer de la scarlatine chez les nouvelles accouchées. La terminaison est presque toujours fatale.

AUTEURS FRANÇAIS DE 1877 A 1889.

Le travail d'Olshausen eut du retentissement en France, et l'attention ayant été éveillée de nouveau sur la scarlatine puerpérale, il y eut en 1879 l'étude de Lucas-Championnière parue dans le *Journal du médecin praticien* dans laquelle cet auteur en présence de faits à peu près identiques à ceux de Guéniot soutient derechef la doctrine de la scarlatinoïde, la communication si intéressante

1. D'après la thèse de Legendre.

de Colson à la Société clinique en 1877, enfin la thèse de Lesage sur la scarlatine chez les femmes en couches également en 1877. Ces deux derniers auteurs, contrairement à Lucas-Championnière, croient qu'il s'agit de la scarlatine dans la plupart des faits observés, et notamment dans les cas rapportés par eux. C'est l'opinion qu'adopte aussi Raymond dans sa thèse d'agrégation sur la fièvre puerpérale, et Legendre dans sa thèse inaugurale sur la scarlatine chez les femmes en couches ! Maygrier, dans sa remarquable thèse d'agrégation sur les formes de la fièvre puerpérale, ne veut pas se prononcer, parce que, dit-il, seul l'examen bactériologique est en état de résoudre la question. Dans son *Traité de la fièvre puerpérale*, Siredey, en 1884 n'a fait qu'accentuer les idées déjà émises par son élève Legendre. Enfin, nous croyons avant de terminer ce paragraphe devoir donner l'opinion des auteurs qui ont écrit l'article Scarlatine dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* et le *Dictionnaire de Médecine Pratique*. Nous allons analyser successivement tous ces documents par ordre de date.

Colson.

En 1877, M. Colson, alors interne de M. Bucquoy, communiqua à la Société Clinique deux observations de scarlatine puerpérale que l'on trouvera dans cette thèse, et il les a fait suivre des intéressantes réflexions que voici : « D'après ces deux observations, dit-il, nous devons nous « demander si nous avons eu affaire à des scarlatines

« véritables, survenant à la suite de couches, ou bien à « une maladie infectieuse, analogue à la fièvre puerpérale « et revêtant l'apparence de la scarlatine. Les faits que « nous venons de rapporter s'écartent, en effet, de la « scarlatine normale par quelques signes, tels que le peu « d'intensité de l'angine, l'intensité et la persistance de « l'éruption au delà de ses limites habituelles et chez la « malade qui a succombé, par une diarrhée incoercible se « compliquant de péritonite à la période ultime de la « maladie.

« Malgré ces anomalies, il est cependant possible de « reconnaître la véritable nature de la scarlatine aux « caractères et à la marche de l'éruption, à la desqua- « mation, et enfin à l'absence de tout autre signe d'affec- « tion puerpérale concomitante. On ne saurait considérer « la métro-péritonite de notre première malade, la périto- « nite survenue 12 jours après l'accouchement, et 48 heu- « res avant la mort de notre seconde malade, comme des « preuves de septicémie puerpérale. Du reste, nous trou- « vons dans la contagion la cause de ces deux affections. « A la fin de décembre 1876, en effet, une femme entre « à la Maternité de Cochin en qualité de nourrice avec un « enfant de 2 mois; cet enfant contracte une éruption « morbilleuse qui disparaît en trois jours, à la suite de « laquelle il a de la parotidite suppurée, de l'angine et « une nouvelle éruption scarlatineuse. En même temps « que l'enfant est atteint de cette deuxième éruption, la « mère contracte une scarlatine franche, avec angine et « albuminurie, pour laquelle on l'envoie avec son enfant « à l'hôpital Necker le 6 janvier; l'enfant y meurt le len-

« demain. Cette malade avait séjourné quelques jours à « l'infirmerie du pavillon d'accouchement, elle se trouvait « dans une salle voisine de celle occupée par notre pre- « mière malade, qui, atteinte alors de métro-péritonite, « contracte la scarlatine le 9 janvier, trois jours après le « transport de la nourrice à Necker.

« Le 9 janvier, c'est-à-dire six jours après, notre deu- « xième malade entrée au pavillon l'avant-veille, est prise « également de scarlatine 48 heures après son accouche- « ment. Elle n'était pas à l'infirmerie, par conséquent elle « n'a pas pris le germe de sa maladie dans le milieu infecté « par les deux malades précédentes. Mais on sait que les « gens affectés au service de l'infirmerie circulent dans « toutes les salles du pavillon, malgré la défense qui leur « en est faite. Il n'est donc pas impossible qu'ils aient été « dans ces derniers cas les agents de la transmission. » C'est possible, en effet, mais ce n'est pas sûr, et la deuxième observation surtout nous inspire des doutes sérieux, surtout à cause des résultats fournis par l'autopsie.

Quoi qu'il en soit, les deux observations de M. Colson furent l'objet d'une *remarquable discussion* à la Société clinique à qui elles avaient été communiquées. Nous empruntons au bulletin de cette société le compte-rendu de cette discussion que nous reproduisons textuellement.

Voici d'abord *le rapport de M. Cuffer* : « Dans votre dernière séance, M. Colson vous a communiqué deux observations très intéressantes de scarlatine puerpérale. Ces deux observations sont d'autant plus précieuses que la scarlatine puerpérale est une affection sur la nature de

laquelle on a beaucoup discuté et au sujet de laquelle les opinions des auteurs sont encore partagées.

Deux opinions principales sont en effet en présence, l'une défendue par la Société obstétricale de Londres faisant jouer à la scarlatine un grand rôle dans la pathogénie de la fièvre puerpérale, en faisant en un mot une maladie identique à cette dernière. L'autre, au contraire, soutenue récemment par Olshausen dans un mémoire intitulé : « *Recherches sur les complications de l'état puerpéral par la scarlatine et sur l'affection appelée scarlatine puerpérale* » tendant à séparer complétement la scarlatine survenue dans ces conditions de la fièvre puerpérale elle-même. C'est à l'opinion d'Olshausen que les deux observations de M. Colson viennent apporter leur appui, en montrant d'une manière très nette que c'étaient bien là deux cas de scarlatine véritable. Il est vrai que les deux femmes qui en furent atteintes étaient encore plus ou moins sous l'influence de la puerpéralité, mais il faut reconnaître aussi que la puerpéralité détermine un état de réceptivité morbide, qui d'ailleurs ne lui est pas spécial, mais en vertu duquel se déclarent avec beaucoup de facilité certaines maladies, telles que le typhus, la variole. Or il est évident que le typhus et la variole qui frappent une femme récemment accouchée n'ont jamais été considérés comme des accidents puerpéraux. Je ne vois pas pourquoi il en serait autrement pour la scarlatine. D'ailleurs un premier fait ressort bien évident de ces deux observations, c'est qu'ici la contagion est manifeste. C'est sur l'absence de toute contagion, sur le développement spontané de l'éruption scarlatineuse chez les accouchées que

les médecins Anglais se fondent en partie pour la regarder comme dépendant de l'état puerpéral lui-même. Les faits rapportés par M. Colson sont contraires à cette assertion. Il est vrai que les deux cas observés à l'hôpital Cochin diffèrent un peu de la scarlatine normale par quelques signes, tels que le peu d'intensité de l'angine, l'intensité et la persistance de l'éruption au delà des limites habituelles et chez la malade qui a succombé par une diarrhée incoercible, se compliquant de péritonite à la période ultime de la maladie.

Mais malgré ces anomalies il est cependant facile de reconnaître la véritable nature de la scarlatine aux caractères et à la marche de l'éruption, à la desquamation et enfin à l'absence de tout autre signe d'affection puerpérale concomitante. Car on ne saurait considérer la métro-péritonite de la première malade, péritonite survenue le douzième jour après l'accouchement, et celle de la seconde malade apparue quarante-huit heures avant sa mort, comme des preuves de septicémie puerpérale. Ce sont donc deux cas de scarlatine vraie. La scarlatine a pu être modifiée, aggravée même par l'état puerpéral, mais certainement elle n'est pas un accident puerpéral. Je ferai également ressortir quelques autres points intéressants de la communication de M. Colson. L'angine a existé dans les deux cas ; elle s'est montrée dès le début chez l'une et a été peu marquée. Elle est apparue chez l'autre à une époque assez éloignée, alors que l'éruption existait déjà depuis quatre jours. L'éruption de miliaire comparable en partie à ces éruptions scarlatinoïdes miliaires décrites par le Dr Guéniot, dans sa thèse, l'éruption cons-

tatée, dis-je, par M. Colson, avait un siège assez remarquable. Elle occupait le ventre et la partie supérieure des cuisses, le reste du corps n'en présentait pas de traces; le lieu d'élection a d'ailleurs été indiqué depuis longtemps par M. Hervieux. M. Hervieux a aussi insisté (*Union médicale* de 1887), sur un fait que Colson a noté également; c'est la constipation dans le cas où la maladie doit se terminer par la guérison. M. Hervieux rapporte sept cas de guérisons dans lesquels il y avait eu de la constipation. Ce symptôme est donc d'un pronostic favorable.

La diarrhée, d'après Olshausen, est d'un pronostic fort grave. Nous voyons dans la deuxième observation de M. Colson la confirmation de cette assertion.

Notons enfin, chez la deuxième malade, l'apparition de douleurs articulaires. Cette complication rhumatismale nous paraît mériter l'attention, car elle pourrait avoir de l'importance pour établir le diagnostic entre la scarlatinoïde et la scarlatine. »

M. Polaillon présenta ensuite les remarques suivantes au sujet de ces mêmes observations : « Au sujet du travail de M. Colson, je désire donner à la société quelques renseignements sur l'épidémie de scarlatine puerpérale qui a éclaté à l'hôpital Cochin pendant le mois de novembre dernier. J'ai d'abord observé deux femmes qui présentaient pendant leurs suites de couches des éruptions miliaires et scarlatiniformes, telles qu'elles ont été bien décrites dans la thèse de M. Guéniot. A quelques jours de là une autre femme était prise d'une éruption à peu près semblable, étendue à toute la surface du corps sans

angine. Elle eut une diarrhée très abondante, une fièvre intense (41°) au bout de dix jours. Cette malade quittait l'hôpital, complètement guérie, sans avoir présenté de desquamation appréciable.

Peu de temps après un enfant était pris de rougeole avec l'éruption caractéristique, puis sa mère fut bientôt atteinte d'une scarlatine véritable. Une autre femme couchée à l'infirmerie qui était atteinte d'un phlegmon iliaque, est prise de la même maladie. Au deuxième étage, deux autres femmes présentent les mêmes accidents ; l'une d'elles a précisément fait le sujet de la deuxième observation de M. Colson. L'autre est morte de péritonite purulente dans le déclin de sa scarlatine. C'est la première fois que j'observe cette manifestation à l'hôpital Cochin où la septicémie puerpérale est relativement rare. Ainsi donc il faut ajouter aux cas présentés par M. Colson trois autres faits qui peuvent se répartir de la façon suivante :

1° Eruption scarlatiniforme très bénigne, que l'on ne doit point confondre avec la scarlatine vraie, erreur commise par les Anglais ; 2° éruption rubéolique terminée par la mort ; 3° scarlatine véritable avec angine et desquamation caractéristique.

Les malades de cette dernière catégorie n'avaient pas d'infection puerpérale ; c'étaient de simples accouchées ; elles me paraissent avoir eu une scarlatine uniquement modifiée par le traumatisme de l'accouchement. »

M. Peter — « J'ai entendu avec plaisir la mention faite par M. Polaillon d'éruptions scarlatiniformes, que je serais tenté de qualifier de speudo-scarlatine. Il n'est pas

douteux à mon sens qu'il se manifeste chez les femmes en couches des éruptions diverses et protéiformes liées à la septicémie puerpérale. J'ai observé à l'hôpital Saint-Antoine deux cas d'éruptions scarlatinoïdes généralisées chez des femmes en couches, qui n'étaient pas accompagnées d'angine et n'avaient pas été suivies de desquamation. Toutes deux portaient sur leur tégument externe la même étiquette de l'infection puerpérale et n'avaient de la scarlatine que l'apparence. L'une d'elles guérit et l'autre succomba. Ces éruptions sont le plus souvent l'indice d'un état grave.

Je ne saurais trop insister sur l'importance nosologique de ces faits. Un individu atteint d'une maladie chronique, un phthisique, par exemple, peut contracter une maladie aiguë. Mais un état aigü, une pyrexie, ne peut pas se greffer sur une autre pyrexie : *non bis in idem*. Un malade atteint de fièvre typhoïde peut être impunément placé dans un service de varioleux, il ne prendra pas la variole *et vice versa*.

Une femme sous le coup d'une maladie fondamentale comme l'infection puerpérale pourrait contracter une scarlatine ? Vraiment je ne puis l'admettre.

Qu'une femme récemment accouchée puisse être atteinte d'une scarlatine le fait n'est point douteux, et même la débilité qui suit l'accouchement doit certainement créer chez elle une sorte d'imminence morbide. Mais alors, ce n'est point une scarlatine puerpérale qu'il faut dire en pareil cas ; c'est scarlatine chez une femme en couches.

Inversement une femme atteinte d'infection puerpérale

n'a pas de scarlatine, mais bien des éruptions simplement scarlatinoïdes. Ce qui le prouve, c'est qu'ici les éléments primordiaux de l'affection font défaut; point d'angine prodromique, point de desquamtion caractéristique, et si la température s'élève à des degrés excessifs, ce n'est point du fait de l'éruption, mais de celui de la septicémie puerpérale dont elle émane et qui la domine.

En résumé, il peut se présenter deux modalités cliniques tout à fait différentes et qu'il faut bien se garder de confondre.

1° Scarlatines vraies chez des femmes en couches, indemnes de toute affection puerpérale.

2° Scarlatines fausses (pseudo-scarlatine, éruptions scarlatiniformes) chez les femmes en couches bien et dûment atteintes de puerpérisme infectieux. »

Thèse de Lesage (*Paris*, 1877).

Après avoir fait un historique de la question et raconté que l'idée de cette thèse lui est venue, grâce aux faits observés à Cochin et dont il rapporte plus loin les observations, Lesage s'est efforcé de démontrer que la scarlatine est bien en jeu dans ce qu'on appelle la scarlatine puerpérale. « On voit, dit-il, tous les jours dans les « hôpitaux des cas de maladies contagieuses, nettement « caractérisés et indubitables, et dont on pose le diagnos- « tic sans aucune hésitation. Et cependant bien souvent, « si on recherche l'origine de l'infection, avec quelque « soin et quelque patience que l'on pousse l'investigation,

« il est impossible d'obtenir aucune indication qui puisse « éclairer sur ce point. Dans les hôpitaux d'enfants, par « exemple, n'arrive-t-il pas tous les jours de constater « des cas de croup dont l'origine est absolument incon- « nue. De même pour la variole, pour la scarlatine elle- « même, que dans de pareilles conditions, on ne songe « pas un instant, pour cette unique raison, à révoquer en « doute.

« Pourquoi se montrer plus sévère alors qu'il s'agit de « femmes en couches? Pourquoi exiger avec une pareille « précision l'explication d'un point qui est souvent impos- « sible à élucider, même dans les cas ordinaires.

« On ne peut constater cette impossibilité sans qu'il y « ait là matière à mettre en doute la nature scarlatineuse « de la maladie. L'affection elle-même du reste, nous « révèle sa nature d'une autre façon. Car souvent elle « s'est communiquée à des femmes en couches, à des « personnes étrangères, enfants, sages-femmes, infir- « miers, comme nous en avons vu plusieurs exemples. « Comment mettre en doute que la maladie d'où les der- « nières personnes ont pris la scarlatine soit une scarla- « tine ?

« Ajoutons encore comme dernier argument, que dans le « plus grand nombre des observations, il est noté que les « femmes n'avaient pas eu la scarlatine (1). Nous arrivons

1. Nous nous inscrivons en faux contre cette assertion de Lesage; dans la majorité des cas, ainsi que le fait remarquer Renvers, on ne trouve point note s'il y a eu scarlatine antérieure, mais on ne dit pas si les antécédents ont été consultés, c'est le plus souvent une simple omission (de Tornéry).

« maintenant à une objection plus sérieuse, celle qui s'ap-
« puie sur l'existence des complications génitales. Nous
« pouvons d'abord constater que les phénomènes du côté
« des organes génitaux sont peu fréquents. Il nous sera
« ensuite facile de voir, que dans les cas où on les rencon-
« tre, ils ne peuvent occuper dans le tableau clinique que
« le rôle des complications, complications graves, il est
« vrai, mais dépendant absolument du processus scar-
« latineux. Dans presque tous les cas existants dans la
« littérature, on n'a trouvé aucune lésion du côté de l'ap-
« pareil génital. Senn et Dance notent expressément que
« le péritoine et l'utérus sont restés presque toujours
« indemnes ; dans 5 des cas de Schneider on constata
« de la gangrène de la muqueuse utérine, mais dans
« tous les autres, intégrité des organes génitaux et du
« péritoine. Dans quatre observations d'Olshausen rien
« qui puisse donner le plus léger soupçon de l'existence
« d'une septicémie. Et de même dans presque tous les
« cas : tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Il
« reste donc un très petit nombre de faits, tels que les
« observations de M. Martin, notre observation II, les
« observations I et II de Liebmann dans lesquelles on
« ait retrouvé par l'examen microscopique des lésions
« diverses de l'appareil génital et du péritoine. A peine
« recueillerait-on une douzaine de cas sur plus de 150
« observations publiées. On voit donc déjà par la rareté
« de ces complications combien est fausse l'interprétation
« qu'on a voulu en donner. Quant à la sensibilité uté-
« rine qu'on retrouve dans la plupart des cas, nous
« avons affaire à des femmes récemment accouchées,

« envahies par une maladie éruptive grave. Nous savons « la tendance qu'a cette maladie à manifester ses effets « non seulement sur le tégument externe, mais aussi « vers les muqueuses ; nous en aurons la preuve, quand « nous traiterons de l'anatomie pathologique de la mala- « die. Il n'y a rien d'étonnant à ce que l'utérus, dont « l'activité vitale est surexcitée et traversant une phase « de transition qui est déjà presqu'un état pathologique, « soumis en plus à l'influence morbide générale, soit « pris d'une certaine exaltation de la sensibilité, sans « être d'ailleurs gravement atteint. »

Lorsque les lésions sont plus graves, lorsque par exemple il y a péritonite, comme elle est tardive en général « il est impossible de la considérer autrement que comme une complication de la maladie qui durait depuis longtemps. »

Lesage est, comme la majorité des auteurs français, pour l'immunité de la grossesse « bien qu'il n'existe pas pendant la grossesse une immunité absolue pour la scarlatine, celle-ci est cependant extrêmement rare dans cet état physiologique (1). Il est exceptionnel de la voir se déclarer avant l'accouchement. »

Il croit aussi que l'incubation peut être forte chez les femmes gravides, et il cite à cet effet un cas de Braxton-Hiks où une personne qui avait soigné un mois auparavant son enfant de scarlatine, ne la contracta que le deuxième jour de ses couches.

Voici enfin comme Lesage décrit la marche ordinaire de l'affection. « Habituellement la scarlatine débute brus-

1. Cela n'est point exact, voir chapitre « de la Scarlatine pendant la grossesse » (de Tornéry).

« quement dans un des premiers jours qui suivent l'ac-
« couchement.

« Ainsi, sur 131 cas, 7 seulement se produisirent dans « l'état de grossesse, 7 immédiatement après l'accouche- « ment, au premier et au second jour; 64 au troisième, « 27 et enfin 26 fois du troisième au huitième jour. Une « seule fois elle se manifesta dans le courant du mois « suivant. Nous verrons que cette proportion est intéres- « sante au point de vue de la marche intérieure de la « maladie, l'époque de son apparition constitue en effet « un des éléments du pronostic, quand elle survient après « l'accouchement, la scarlatine se déclare de la façon sui- « vante : La femme qui jusque-là s'était bien portée, est « subitement prise d'un léger frisson ou d'une sensation « de froid passagère, à laquelle succède une fièvre assez « intense, avec tout le cortège des symptômes habituels « des pyrexies. La malade éprouve un malaise général, « de la courbature et des douleurs dans les reins, et « dans les membres souvent de la céphalalgie. La face « est congestionnée, les yeux rouges et larmoyants, la « sécrétion nasale augmentée, et l'on pourrait songer au « catarrhe précurseur de la rougeole. Le pouls est fort « et fréquent, la peau brûlante, la langue blanche au « centre, rouge à la pointe et sur les bords, quelquefois « uniformément sale et saburrale. L'appétit se perd, et « il se produit des nausées et des vomissements. Le ther- « momètre s'élève jusqu'aux environs de 40°. Les fonc- « tions spéciales ne sont généralement pas troublées, et « il est ordinaire qu'elles se maintiennent intactes pen- « dant tout le temps que persiste la maladie.

« *La durée de la période d'invasion* est toujours très « courte : elle varie entre douze et vingt-quatre heures, « dépassant rarement cette dernière limite ; quelquefois « elle est presque nulle et l'on assiste d'emblée à l'ap- « parition de l'éruption.

« *Eruption.* — C'est, disons-nous, dans le courant ou à « la fin du premier jour que l'exanthème se développe. « Cependant, il est précédé par un phénomène, qui, s'il « s'en rapproche à première vue par son aspect extérieur, « doit soigneusement en être distingué par sa nature ; il « nous a été donné de le constater également dans les « faits qui se sont passés sous nos yeux. Presqu'en même « temps, en effet, que commencent les symptômes pro- « dromiques, le visage devient rouge, mais non pas de « cette teinte pointillée granitée qui caractérise la scar- « latine ordinaire. C'est une rougeur congestive, fugace, « s'effaçant sous la pression du doigt, et qui tantôt cédera « ultérieurement la place au véritable exanthème, tantôt « disparaîtra sans laisser de traces et sans qu'il s'en- « suive de desquamation. Il importe donc de ne pas la « confondre avec la véritable éruption scarlatineuse.

« C'est le tronc qui le premier est envahi par l'éruption. « Elle est constituée au début par un exanthème un peu « analogue à celui de la rougeole, composée d'un grand « nombre de petites taches rouges, séparées par des in- « tervalles de peau saine, et présentant ainsi à la vue un « piqueté granité tout à fait spécial. Au bout de quelques « heures, la rougeur envahit les intervalles demeurés « intacts entre les petites taches, et l'éruption se trouve « ainsi constituée sous forme de larges plaques érythéma-

« teuses, franchement scarlatineuses, dont la couleur se « fonce de plus en plus, pour arriver à la teinte rouge « très sombre. En même temps cet exanthème suit une « marche extensive du centre à la périphérie, comme on « peut le remarquer dans nos observations ; il s'étale du « tronc à la racine des membres, aux plis inguinaux, aux « cuisses, aux bras, pour arriver à gagner les extré- « mités, qu'il envahit à leur tour. Cette marche progres- « sive se fait généralement avec rapidité, et c'est là un « des caractères qui appartiennent particulièrement à la « scarlatine puerpérale. Dès le second jour, ordinaire- « ment, les membres sont envahis, quelquefois plus rapi- « dement, il semble que l'exanthème s'étale comme par « un coup de foudre le plus souvent. Vers le quatrième « ou le cinquième jour l'éruption est complète, respec- « tant, comme nous l'avons déjà signalé, la face et le cou, « mais à partir de ce moment elle ne diminue pas d'inten- « sité, comme on pourrait être porté à le croire, elle « persiste au contraire, prenant une teinte de plus en « plus foncée, surtout dans les cas funestes ; prenant à la « fin la teinte violacée, livide, qu'ont remarquée les obser- « vateurs. Tel est l'exanthème franchement scarlatineux. « Nous parlerons plus loin, à propos de complications, de « la miliaire qui vient s'y surajouter.

« Nous allons revenir maintenant sur les phénomènes « généraux qui accompagnent le développement de cet « exanthème.

« La fièvre persite à un degré assez intense ; la tem- « pérature varie de 39° à 40° et au-dessus ; le pouls « plein et fort ne s'éloigne guère de 110 ou 120 pulsa-

« tions à la minute ; et les symptômes demeurent tels « jusqu'à la rémission qui annonce la desquamation de « la convalescence, à moins que des complications ne « viennent compromettre et arrêter la marche de la ma- « ladie. La soif est vive, la peau est brûlante et sèche. « La langue qui primitivement était blanche et humide « au centre, se dessèche également, l'épithélium tombe, « les papilles se gonflent d'où résulte un aspect tout à fait « spécial, avec des saillies et une couleur rouge intense, « l'aspect framboisé de la langue. Souvent par l'inten- « sité du mouvement fébrile, se produisent quelques « troubles du côté de la sensibilité ; les malades sont in- « quiets, agités, arrivant même à un état voisin du délire, « d'autres fois ils restent dans la prostration et l'hébé- « tude. Du côté des organes digestifs, plus de vomisse- « ments, ni de douleurs abdominales, mais dans certains « cas de la diarrhée dont nous parlerons plus loin.

« On sait que la tuméfaction des ganglions sous-maxil- « laires et l'angine constituent un des principaux symp- « tômes de la scarlatine, quand elle se produit hors de « l'état puerpéral. Ici, au contraire, il est remarquable « que ce symptôme fait la plupart du temps défaut : la « remarque en est faite expressément dans presque toutes « les relations, et nous l'avons soigneusement relevée « dans l'historique. Quand il apparaît c'est seulement par « une légère douleur à la déglutition qu'il se manifeste. « Rarement c'est au début, plus ordinairement c'est pen- « dant la période d'éruption que se développe cette an- « gine insignifiante. Si on fait alors l'examen de la « gorge, on constate une légère rougeur des piliers et

« du voile du palais, sans tuméfaction des amygdales et « sans sécrétion caséiforme. Les ganglions sous-maxil« laires ne sont le siége d'aucun gonflement ni d'aucune « douleur. Cette angine disparaît spontanément, sans « qu'on ait à s'en inquiéter. Cette faible intensité de l'af« fection de la gorge constitue un caractère tout à fait « particulier, et qui se retrouve dans les observations « les moins douteuses de scarlatine chez les femmes en « couches. On a voulu dans certains cas l'apporter comme « argument contre la scarlatine ; on voit que l'argument « est sans valeur, puisque l'absence ou la faible inten« sité de l'angine est la règle dans le cas particulier dont « nous nous occupons.

« Lorsque l'issue de la maladie doit être favorable, on « voit l'éruption au bout de quelques jours pâlir et s'é« teindre, et en même temps tous les phénomènes géné« raux s'amendent. La fièvre tombe, le pouls redescend « à son chiffre normal, la peau reprend sa température « et sa moiteur ordinaire, l'intelligence renaît, les forces « se relèvent. La muqueuse de la bouche et du pharynx « reprend sa coloration habituelle. En même temps se « fait la desquamation. Celle-ci est bien caractéristique « de la scarlatine, comme on peut s'en assurer en lisant « les observations ; elle se fait par larges plaques ou « écailles, surtout au tronc et aux extrémités. A la face, « qui, nous l'avons vu, est souvent respectée par l'exan« thème, il n'est pas rare de voir la desquamation man« quer ou se faire seulement de la façon qu'on a appelée « furfuracée. Ainsi survient la guérison. On a vu quel« quefois au milieu de la desquamation apparaître de

« nouveau la fièvre et se produire une nouvelle poussée « de l'exanthème, mais au bout de peu de temps tout re- « vient à la marche normale.

« La mort peut être le résultat de l'intensité de la ma- « ladie elle-même. Elle survient dans ce cas à différents « moments, arrivant quelquefois dès les premiers jours, « à la suite de l'éruption : quelquefois celle-ci suit pen- « dant quelque temps la marche progressive que nous « avons signalée, en même temps que la fièvre augmente ; « il arrive de l'agitation et du délire, enfin le coma, et « la malade succombe. »

Dans d'autres cas, l'issue funeste peut être le résultat des complications diverses.

Enfin Lesage termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La scarlatine se montre quelquefois chez la femme dans l'état puerpéral, c'est cependant une complication peu fréquente de cet état.

2° La grossesse paraît constituer une immunité contre le développement de la scarlatine, c'est de préférence après l'accouchement qu'elle apparaît.

3° La période d'incubation a une durée indéterminée, presque nulle dans certains cas, paraissant au contraire très longue dans d'autres. La période d'invasion est très courte.

4° La maladie se produit habituellement dans ses formes graves, elle est d'autant plus dangereuse qu'elle apparaît plutôt après l'accouchement.

5° La scarlatine qui se développe chez les femmes en couches, présente comme caractères particuliers, faible

intensité de l'angine, généralisation rapide de l'exanthème, éruption miliaire abondante.

6° Les complications les plus fréquentes sont la diarrhée, phénomène toujours grave, la métrite, la phlébite et la péritonite tardive survenant avec desquamation.

Lucas-Championnière (*Journal du médecin praticien*, 1879).

En 1879, M. Lucas-Championnière fut témoin d'une épidémie formée de cas en tout semblables à ceux décrits par M. Guéniot sous le nom de scarlatinoïde puerpérale. Il en donne la relation dans une étude très bien faite, qui a paru dans le *Journal du médecin praticien*. Nous allons en extraire quelques passages, qui donneront une idée suffisamment nette des opinions exprimées par cet auteur. Et tout d'abord, Lucas-Championnière ne croit pas que l'éruption soit si scarlatiniforme qu'on l'a dit. «Tout d'abord le mot de scarlatiniforme signale imparfaitement cette éruption, qui quelquefois bien scarlatiniforme, ressemble d'autres fois à la rougeole, et d'autres fois encore est si passagère et si peu marquée qu'on la comparerait volontiers à la roséole. » Et plus loin: « L'éruption caratéristique de cette maladie est d'une variété extrême, depuis quelques taches rouges peu foncées, jusqu'à la rougeur uniforme de la scarlatine. On la voit débuter d'ordinaire entre les seins, au ventre, aux cuisses, au cou, puis elle s'étend à toute la surface du corps, quelquefois elle dure de 24 à 36 heures ; mais le plus souvent sa durée est plus longue. Elle est suivie souvent d'une éruption de miliaire

plus ou moins abondante. Dans ce cas la miliaire vite flétrie, laisse après elle une desquamation rapide, d'autres fois l'éruption de miliaire est plus discrète. Très souvent elle ne se présente pas du tout. Il se fait alors une desquamation tardive, furfuracée, comme celle de la rougeole, ou par plaques très étroites et discrètes. Dans le cas que je rapporte, comme le plus remarquable exemple, la desquamation fut pour chaque éruption semblable à celle de la scarlatine et plusieurs fois les pieds et les mains se dépouillèrent complètement de leur épidémie. »

Voici maintenant ce qu'il dit sur la fièvre : « J'ai toujours vu l'éruption précédée d'une fièvre vive avec température montant à 40° et même plus haut ; même lorsque la température était à peine appréciable, elle se maintenait élevée. »

Lucas-Championnière remarque à propos des troubles nerveux, que les malades dans les cas graves montraient beaucoup d'accablement, de plus « contrairement à ce que signale M. Guéniot : l'état général de la plupart des malades a été grave, menaçant même. Cette gravité n'était pas en raison directe de l'éruption. J'ai vu une jeune femme dans un état de prostration profonde, chez laquelle l'éruption était apparue seulement sur la poitrine, les cuisses. »

Lucas-Championnière remarque aussi ce qu'il y avait du gonflement de la face et des extrémités. « Phénomène plus rare que j'ai noté aussi, quelques-uns de mes malades très maigres avaient même apprécié ce gonflement. »

Enfin cet auteur a insisté avec raison sur la fréquence des récidives, « mais le point le plus curieux de la mar-

« che des éruptions est celui sur lequel je vais appeler l'at-« tention. Dans la thèse de M. Guéniot il est à peine « signalé en passant. Après quelques jours d'accalmie, alors « que la fièvre est tombée, alors même que la desquama-« tion est plus ou moins accomplie, tout d'un coup la « malade se plaint de céphalalgie, la face est rouge, il y a « de la prostration ; la température est de nouveau très « élevée 24 à 36 heures après quelques taches rouges « apparaissent, puis l'éruption se développe de nou-« veau envahissant les régions déjà touchées antérieu-« rement. Puis tout rentre dans l'ordre au bout de « quelques jours, la desquamation se produit de nouveau ; « quelques jours après la scène peut recommencer. Le plus « souvent ces éruptions se montrent seulement trois ou « quatre fois et vont en s'atténuant. Chez ma dernière « malade je l'ai observée sept fois consécutives, les der-« nières éruptions ont été peu intenses et avec une fièvre « médiocre, mais les premières étaient accompagnées « de fièvre vive. »

Complications génitales. — Lucas-Championnière a noté chez celle qui avait été sept mois malade des complications génitales « Il y avait une complication abdominale sérieuse, « une périmétrite assez intense pour laisser pendant « longtemps de l'empâtement péri-utérin. Chez d'autres « malades encore, j'ai trouvé quelques complications abdo-« minales, mais peu graves, et constituées par des dou-« leurs utérines et péri-utérines rapidement disparues. » Mais il remarque qu'en définitive, tout cela est bien peu de chose.

Complications rénales. — « J'ai examiné, dit Lucas-

« Championnière, l'urine de toutes nos malades pendant
« et après la maladie, sans y trouver trace d'albumine ».

« *Convalescence*. — « Longue dans la plupart des cas.
« Une de mes malades à la Maternité a passé plus de
« trois mois à l'hôpital. J'en ai eu une l'année dernière
« dans mon service de l'hôpital Cochin pendant sept
« mois. Chez ces deux malades, il y avait une anémie
« profonde et surtout pour la dernière une impossibilité
« presqu'absolue de l'alimentation ; il était alors survenu
« un peu de toux, et constatant l'anémie croissante de
« cette femme, nous avions été amenés à craindre de la
« voir se tuberculiser, comme on l'observe quelquefois
« après les couches. » Heureusement il n'en fut rien, mais le fait d'une convalescence longue et difficile est à retenir, il a été signalé encore ces dernières années par Léopold Meyer.

Contagion. — Enfin Lucas-Championnière, comme Guéniot, n'a point vu de contagion bien établie dans les cas qu'il a observés : « Je ne saurais croire que la maladie
« est très contagieuse, car je n'ai isolé ces malades que
« tardivement, ou pas du tout, et je n'ai observé aucun
« fait de communication. »

Voici maintenant les idées qu'émet cet auteur sur la *nature de la maladie* : « Quelle est la nature de cette
« maladie ? Faut-il admettre qu'il s'agisse seulement d'un
« épiphénomène, d'une intoxication, comme dans les érup-
« tions qui accompagnent l'infection purulente ? Faut-il
« admettre, au contraire, qu'il s'agit d'une entité mor-
« bide, d'une maladie spéciale, qui a son évolution pro-
« pre, indépendante des complications infectieuses, d'une

« fièvre puerpérale ressemblant aux fièvres éruptives,
« mais n'étant identique avec aucune d'elles. Je le croi-
« rais volontiers ; ce n'est pas en effet dans les services
« infectés de fièvre puerpérale que ces faits s'observent.
« L'année dernière je les ai vus dans le service de
« M. Tarnier, qui n'avait pas d'accidents graves, et dans
« le mien où la mortalité puerpérale n'a guère été plus
« élevée que un sur 400. Du reste, malgré les apparences
« menaçantes pour quelques-unes, je n'ai perdu aucune
« malade. »

Legendre.

On trouve relatée dans la thèse de Legendre l'histoire d'une petite épidémie de scarlatine puerpérale qui se produisit en 1881 dans le service de M. Siredey. « Le ha-
« sard nous vint en aide, et nous procura des matériaux
« précieux, au moment où nous nous y attendions le
« moins ; la malade que nous avions vue à la fin de l'an-
« née 1880, atteinte de l'éruption scarlatiniforme, venait
« à peine de quitter le service au commencement de
« février 1881, quand une accouchée récente présenta les
« mêmes phénomènes que la première, phénomènes sim-
« ples d'abord comme éruption et comme angine, et se
« terminant peu de jours après par de l'albuminurie et
« de l'anasarque ; c'était une scarlatine incontestable mé-
« connue dans les premiers temps. Chez une deuxième
« se développa la même succession de symptômes bizarres
« au début, se jugeant finalement par la démonstration

« de la nature scarlatineuse, puis une troisième, une « quatrième, une cinquième femme furent coup sur coup « atteintes dans le même service; c'était une épidémie « de scarlatine qui frappait les accouchées. Au même mo- « ment, dans la ville, la scarlatine faisait son apparition « et on la constatait chez des jeunes femmes récemment « accouchées, et partout elle se comportait favorablement « et ne compliquait que peu l'état puerpéral. Les maîtres « qui venaient de l'observer nous abandonnaient géné- « reusement ces riches documents. A la disette du début « succéda donc l'abondance des matériaux, et c'est avec « ces moyens d'étude nombreux et l'encouragement de « ceux qui nous les avaient communiqués, que nous « pûmes entreprendre ce travail. Nous prions notre cher « maître M. Siredey, qui nous l'a inspiré, et nous a aidé « de ses précieux conseils, de recevoir pour tout ce que « nous lui devons le témoignage de notre profonde re- « connaissance. »

Puis Legendre explique pourquoi il a pris « comme titre de son travail celui de scarlatine chez les femmes en couches, repoussant celui de scarlatine puerpérale qui consacre une confusion et une erreur de doctrine. » Après un historique très bien fait quoiqu'un peut court, cet auteur examine les cas désignés sous le nom de scarlatinoïde puerpérale, qu'il range dans le groupe des scarlatines bénignes.

Examinant ensuite la scarlatine dans l'état puerpéral il en distingue deux formes principales :

« 1° La scarlatine est régulière et n'a (il sera plus exact de dire, ne semble avoir) aucune influence sur

l'état puerpéral, en ce sens qu'elle suit ses périodes comme sur un sujet simple.

2° La scarlatine est anormale, elle se présente avec des symptômes qui font douter de son existence à une période quelconque de son évolution, mais les déterminations ultérieures la font reconnaître d'une manière certaine. » Mais même dans ces cas si la scarlatine, à ce qu'assure Legendre, sera tronquée, mutilée, elle restera une, identique à elle-même. Et à ce propos Legendre insiste habilement sur les formes anormales et même frustes que peut revêtir la scarlatine (1).

Il avoue que la plupart des cas rapportés par lui doivent rentrer dans ces formes anormales, « l'angine a été « ou excessivement légère ou nulle, et dans le premier « cas elle a suivi le début de l'éruption, au lieu de la pré- « céder ou d'apparaître le même jour que celle-ci. L'é- « ruption a été également irrégulière, ou peu étendue, « se limitant aux régions de prédilection, ou d'une teinte « très pâle sans apparence granitée; dans un cas seu- « lement elle a été d'un rouge vif et rugueux au doigt. « Les autres symptômes se sont montrés tardivement dans « presque tous ces faits, mais leur présence a assuré le « diagnostic, comme nous l'avons dit longuement. Un « autre point doit être relevé, car il a pu être considéré « comme le critérium de l'affection, c'est l'influence épi- « démique. » Enfin Legendre un des premiers a eu le mérite de comparer la scarlatine des femmes en cou-

1. Dans certaines épidémies ces formes frustes sont très-nombreuses et d'un diagnostic très difficile ; l'albuminurie, la desquamation permettent seulement de les soupçonner (de Tornéry).

ches à la scarlatine que l'on voit compliquer parfois les traumatismes chirurgicaux. « En terminant, dit-il, cet « exposé de la scarlatine chez les femmes en couches, « qu'il nous soit permis de faire un rapprochement entre « l'état de la femme qui vient d'accoucher et l'état du « malade qui vient de subir une opération chirurgicale ; « on sait qu'il n'est pas rare de voir la scarlatine sur- « venir quelques jours après le traumatisme produit par « le chirurgien.

« Paget (1) consacre une leçon à cette complication des « plaies; il remarque que toujours l'éruption apparut « dans la semaine qui suivit l'opération, et le plus sou- « vent dans les trois premiers jours, il croit que dans ces « cas les individus atteints avaient déjà absorbé le poi- « son scarlatineux avant l'intervention, et que celui-ci « n'aurait pas manifesté, si leur santé ne se fût affai- « blie ou troublée. On retrouve les mêmes considérations « dans l'article du Dr Gee (2); il ne doute pas, en effet, « que ces éruptions n'appartiennent bien à la scarlatine, « car il a vu des malades opérés, voisins du scarlatineux « chirurgical, si l'on peut s'exprimer ainsi, contracter, « peu de jours après, cette même fièvre éruptive non « douteuse. M. Trélat (3), dans une leçon faite à la Cha- « rité, ajoute à ces faits connus deux observations qu'il « a recueillies dans sa clientèle ; il les fait suivre de ces « réflexions : il s'agissait bien dans ces cas de scarlatine, « car il a vu confirmer son diagnostic par des confrères

1. Paget. *Clinique chirurgicale.*
2. *Reynold's system of medicine.*
3. *Progrès médical*, 1878.

« absolument compétents, mais cette scarlatine n'a pas « les allures franches qu'on lui connaît généralement, les « symptômes et l'évolution, en un mot, sont moins typi- « ques, elle est, en outre, tout à fait distincte des érup- « tions septicémiques que l'on voit survenir dans l'infec- « tion purulente, ou à la suite des grands traumatismes. « Le Dr Cameron (1), dans un article intitulé : *De quel- « ques complications de la pratique chirurgicale*, décrit « des cas dans lesquels un traumatisme accidentel a « paru jouer le rôle de cause déterminante, relativement « à l'apparition de la scarlatine, sur des sujets ayant été « exposés à l'influence de la contagion ; et il compare ces « faits à ces scarlatines des femmes en couches, chez qui « le travail de l'accouchement déterminerait un vérita- « ble choc traumatique.

« On peut alors, en poursuivant ces points de ressem- « blance, comparer l'utérus, quand le fœtus a été « expulsé, et que le délivre a été rendu, à une plaie ou- « verte, plaie par arrachement (Béhier), soumise à toutes « les complications que celle-ci comporte.

« *Diagnostic.* — La scarlatine dans l'état puerpéral « peut-elle être confondue avec d'autres éruptions, avec « d'autres fièvres éruptives?

« Nous avons vu que souvent le diagnostic restait « douteux, et qu'il ne s'éclaircissait que tardivement par « l'apparition d'un ou de plusieurs signes absolument « caractéristiques ; nous n'insisterons pas davantage. « Mais dès le début de l'éruption il est quelques affections « que l'on pourrait confondre avec elle.

1. *Journal médical de Glascow*, 1880.

« Il faut être prévenu que l'ingestion de *certains médi-*
« *caments*, leur application à la surface de la peau, peu-
« vent déterminer des éruptions spéciales et facilement
« reconnaissables : la belladone, l'arsenic, le mercure, le
« copahu, donnent lieu à des exanthèmes rarement géné-
« ralisés à toute la surface du corps, ils ont souvent un
« siège spécial, de plus ils surviennent brusquement et
« disparaissent de même quand l'agent provocateur est
« supprimé ; enfin il est rare qu'ils s'accompagnent de
« phénomènes fébriles.

« La *rougeole* se reconnaîtra à la forme qu'affecte l'é-
« ruption, à son mode d'apparition, à son coloris bien
« différent de celui de la scarlatine, enfin les symptômes
« généraux ne sont pas les mêmes : ici c'est du larmoie-
« ment, de l'enchifrènement et du catarrhe bronchique,
« qui précèdent ou accompagnent l'éruption (Obs. XXII).
« Il faut dire que l'éruption scarlatineuse peut prendre
« un cachet morbilleux sous l'influence de l'état puer-
« péral, c'est du moins ce que nous apprend M. Lucas-
« Championnière ; dans ce cas le diagnostic doit être im-
« possible à établir.

« La *miliaire sudorale* peut être prise pour une scarla-
« tine au début, principalement dans le cours d'une épi-
« démie ; nous avons eu l'occasion de vérifier cette diffi-
« culté dernièrement à l'hôpital Lariboisière : une femme
« de la crèche, descendue de la salle Sainte-Anne, peu
« après son accouchement, avait une fièvre prononcée, de
« l'anorexie et de la céphalalgie. Une lymphangite super-
« ficielle du sein consécutive à une excoriation pouvait
« expliquer cet état fébrile, mais en la découvrant, nous

« remarquâmes sur le ventre une éruption limitée aux « hypocondres, rouge, avec quelques vésicules de miliaire, « elle formait un rectangle très manifeste ; sur le dos de « chaque pied on remarquait une éruption analogue remon- « tant jusqu'aux mollets ; il n'y avait pas d'autre mani- « festation cutanée, pas d'angine. Comme elle se trouvait « dans le milieu épidémique de la scarlatine, on pouvait « penser au développement de cet exanthème ; la suite « démontra que ce n'était qu'une éruption sudorale, et « que la large bande abdominale devait même être attri- « buée au contact prolongé d'un cataplasme.

« Devons-nous mentionner ici la *rubéole* ou rotheln des « Allemands, mélange confus de rougeole et de scarla- « tine ; ce n'est, si l'on s'en tient à leurs narrations, « qu'une éruption morbilleuse ou scarlatineuse anormale, « plus ou moins modifiée, où l'une ou l'autre des deux « fièvres éruptives est plus manifeste suivant les épidé- « mies courantes ; d'après le professeur Stœber, il se « développe très fréquemment, durant la maladie ou « pendant la convalescence, une anasarque ou des paroti- « dites qui peuvent devenir très graves, ceci indiquerait « que la scarlatine dominerait le plus souvent la scène ; « le Dr Bez conclut en disant « que les Rotheln, tels que « nous les ont légués les médecins allemands de la fin du « siècle dernier, sont un véritable capharnaüm patholo- « gique, dans lequel tous les observateurs embarassés « sont venus entasser pêle-mêle, qui des scarlatines, qui « des rougeoles, qui des fièvres éruptives composées, et « probablement bien d'autres affections encore. Les faits « d'exanthème hybride avec phénomènes généraux mor-

« billo-scarlatineux, nommés à tort rubéole, doivent ren-
« trer parmi les exemples de fièvres éruptives contempo-
« raines, la dénomination de Rotheln n'étant conservée
« que pour désigner l'exanthème fébrile tout à fait bénin
« qui correspond à notre roséole épidémique. »

On pourrait se méprendre encore au début d'une invasion d'*érythème noueux* ou *papuleux*, s'annonçant avec grand fracas, fièvre élevée, anorexie, angine, rougeurs diffuses, etc. Legendre termine sa thèse par les conclusions suivantes :

1° La scarlatine est fréquemment irrégulière dans son évolution, le diagnostic est des plus difficiles dans ces cas frustes, et ne repose que sur la réunion de certains symptômes immédiats ou éloignés ;

2° Les femmes en couches sont plus prédisposées à contracter la scarlatine que les autres fièvres éruptives, dans cet état la scarlatine est le plus souvent anormale ;

3° La scarlatinoïde puerpérale et les exanthèmes dits scarlatiniformes, ne sont très probablement que des scarlatines méconnues, irrégulières dans leurs allures ;

4° Les éruptions scarlatineuses mêmes anormales, ne doivent pas être confondues avec les éruptions septicémiques, celles-ci relèvent d'un état général grave, ordinairement fatal et sont les analogues des éruptions de la septicémie chirurgicale et de l'infection purulente ;

5° En présence de tout exanthème analogue à celui de la scarlatine, survenant chez une nouvelle accouchée, il sera sage de soumettre rigoureusement la malade aux précautions hygiéniques que réclame la scarlatine.

RAYMOND (*Thèse d'agrégation*, 1880).

En 1880, Raymond s'est rangé, comme Colson et Lesage, parmi les partisans de l'origine scarlatineuse. Il fait remarquer que, contrairement à la variole et à la rougeole, la scarlatine est fréquente dans les suites de couches : Cette scarlatine est différente de la fièvre éruptive qui se développe en dehors de l'état puerpéral et pourtant personne, ajoute-t-il, n'a jamais songé à mettre en doute un instant l'identité absolue de la scarlatine puerpérale et non puerpérale. Il croit probable qu'il faille faire entrer la scarlatinoïde dans la scarlatine « quelle que soit la porte d'entrée du poison scarlatineux, il produit toujours les mêmes accidents chez l'individu qu'il infecte : l'exanthème cutané est le résultat de l'infection et ne le précède pas toujours. Il se présente avec les mêmes caractères que dans les circonstances habituelles. »

MAYGRIER (*Thèse d'agrégation*, 1883).

D'autre part, Maygrier s'exprime ainsi sur la scarlatine puerpérale dans sa thèse d'agrégation, p. 79. « Ce sont « surtout les épidémies de scarlatine observées chez les « femmes en couches qui ont déterminé les plus vifs dé- « bats, dans la discussion qui eut lieu à la Société obsté- « tricale de Londres en 1875.

« Un certain nombre d'orateurs, Braxton Hicks et

« Barnes, en particulier, émirent l'opinion que la scar-
« latine puerpérale est identique à la fièvre puerpérale.
« Mais nous devons dire que presque tous les auteurs qui
« se sont occupés de cette question sont d'un avis con-
« traire, et admettent que la scarlatine n'a aucun rapport
« avec l'infection puerpérale, qu'elle peut survenir acci-
« dentellement et épidémiquement chez les nouvelles ac-
« couchées, qui y semblent particulièrement prédisposées,
« et qu'elle évolue chez elles, avec une allure un peu par-
« ticulière, en raison même du terrain sur lequel elle se
« développe. C'est là l'opinion soutenue en particulier par
« Olshausen et par M. Raymond.

« Mais en dehors de la scarlatine vraie, il peut surve-
« nir chez les femmes en couches des éruptions scarla-
« tiniformes, et depuis le jour où M. Guéniot les a étu-
« diées dans sa thèse sous le nom de scarlatinoïde puer-
« pérale, en les différenciant de la scarlatine, les opinions
« émises à leur sujet ont été très contradictoires. Les uns
« veulent y voir une forme fruste de la scarlatine vraie,
« mais bénigne : c'est là ce qu'admet Lesage en se
« basant sur des faits observés à Cochin, c'est aussi à
« cette interprétation que se rallie M. Raymond.

« Les autres les considèrent, ainsi que M. Guéniot,
« comme une affection distincte de la scarlatine et les
« regardent comme étant d'origine septicémique.

« Dans une thèse récente M. Legendre arrive aux con-
« clusions suivantes : la scarlatinoïde puerpérale et les
« exanthèmes dits scarlatiniformes ne sont très proba-
« blement que des scarlatines méconnues, irrégulières
« dans leur allure.

« Nous ne pouvons qu'indiquer l'état actuel de la « question tout en faisant remarquer qu'elle ne pour- « rait être réellement résolue que si l'on arrivait à con- « naître exactement la nature du poison scarlatineux. » Plus loin cet auteur donne des renseignements intéressants sur les éruptions scarlatiniformes bien franchement septicémiques. « Elles apparaissent sous forme de « points rouges, très rapprochés les uns les autres, sié- « geant habituellement sur la poitrine, le ventre et la « face interne des cuisses. Elles ont pour caractère par- « ticulier d'être extrêmement fugaces et de ne s'accom- « pagner d'aucune desquamation. Dans d'autres cas on « observe des plaques d'érythème, des pseudo-érysipèles. « Ces plaques érythémateuses sont habituellement peu « nombreuses, quelquefois il n'y en a qu'une. Elles ont un « diamètre variable, une forme irrégulière, une colora- « tion rosée ou rouge ; la pression peut y déterminer de « la douleur. M. Hervieux les considère comme l'indice « d'un état grave. L'une des éruptions les plus fréquem- « ment observées dans les épidémies est la miliaire « blanche ou rouge. Elle se montre sur la poitrine, le « ventre, les cuisses, le dos, les lombes. Elle paraît liée, « ainsi que les sudamina, aux sueurs profuses qu'ont sou- « vent les femmes atteintes de septicémie puerpérale. »

SIREDEY.

Après avoir insisté sur la rareté de la rougeole et sur la fréquence un peu plus grande de la scarlatine, voici

comment Siredey s'exprime sur cette dernière maladie quand elle survient chez les femmes en couches.

« Beaucoup plus fréquente est la scarlatine vraie, fran-
« che, nettement dégagée des éruptions scarlatinoïdes.
« Les auteurs anglais ont surtout contribué à faire con-
« naître cette complication en publiant les épidémies
« auxquelles elle a donné lieu, à diverses reprises, dans
« les maternités. En France Trousseau a beaucoup insisté
« sur la scarlatine des femmes en couches dont il a sen-
« siblement exagéré le pronostic.

« Depuis, la thèse de Lesage inspirée par Polaillon, et
« celle de Legendre faite sous notre inspiration ont ap-
« porté de nouveaux faits à l'appui de la démonstration de
« la scarlatine véritable survenue après l'accouchement.

« Nous croyons avoir contribué à étendre le domaine
« de la scarlatine dans l'état puerpéral en donnant à
« M. Legendre, alors notre interne, d'importantes obser-
« vations de la scarlatine fruste recueillies en ville et
« dans notre service d'hôpital, et qui trouvaient un
« appui incontestable sur des faits précis de contagion.
« Nous ne prétendons pas rattacher à la scarlatine toutes
« les éruptions de la puerpéralité ; mais nous pensons
« volontiers qu'un grand nombre de ces éruptions appar-
« tiennent réellement à des scarlatines méconnues. Mal-
« heureusement on a fait un abus singulier du nom de
« scarlatine en l'appliquant à des éruptions qui n'avaient
« de la scarlatine que la coloration et l'aspect extérieur,
« mais nous ne faisons pas ici allusion à ces faits discu-
« tables, et nous ne parlons que de la scarlatine vraie,
« telle qu'elle est décrite par tous les auteurs classiques.

« Nous n'avons pas l'intention de rappeler les divers « symptômes de cette maladie. *Dans certains cas elle est « absolument régulière et elle évolue comme elle le ferait « chez un sujet quelconque.*

« Dans d'autres cas elle est un peu plus vague ; ses « symptômes sont plus accentués, mais si l'on suit at- « tentivement la marche de la maladie, on parvient tou- « jours à rencontrer des phénomènes caractéristiques à « un moment de son évolution. Si elle survient chez des « femmes qui ne présentent aucune complication puer- « pérale, elle est assez facile à reconnaître et il suffit « d'un examen minutieux pour éloigner les causes d'er- « reur. Ajoutons que, si même les suites de couches pré- « sentent des complications, les symptômes de la scar- « latine restent distincts de ceux de l'infection puerpé- « rale, et bien que tronquée, mutilée, comme dit Legendre, « la maladie est une et identique à elle-même.

« *Si beaucoup d'auteurs ont méconnu la scarlatine vraie, « c'est parce qu'ils ont oublié les formes frustes qu'elle « revêt si souvent dans les conditions ordinaires.* N'est-il « pas fréquent, en effet, de voir chez les enfants la scar- « latine se résumer à une simple angine érythémateuse « ou à une éruption extrêmement fugace, qui passe sou- « vent inaperçue, et que l'on distingue rétrospectivement « au moment de la desquamation. Dans d'autres cas l'an- « gine est moins accentuée ; elle fait à peu près défaut et « l'on n'a de la maladie que les manifestations cutanées « et les phénomènes fébriles. Une des observations que « nous avons communiquées à Legendre est particulière- « ment concluante... Or, nous avons rencontré à plusieurs

« reprises des faits analogues. Maintes fois des accouchées « ayant présenté des éruptions scarlatiniformes vagues, « quittaient le service guéries sans qu'il eût été possible « d'établir nettement le diagnostic, et on voyait subite- « ment se développer dans le voisinage de leur lit de « petites épidémies de scarlatine.

« Mais si nous croyons à la fréquence de la scarlatine « chez les femmes en couche, nous ne considérons nulle- « ment cette maladie comme une manifestation du poison « puerpéral, quelqu'idée qu'on veuille s'en faire. Il semble « que l'état puerpéral mette les femmes dans des condi- « tions particulières de réceptivité. Les nombreuses épi- « démies de scarlatine qui ont sévi sur les femmes nou- « vellement accouchées mettent ce point hors de doute, « car l'influence épidémique n'est pas à beaucoup près « aussi efficace sur les personnes tout à fait saines, ou « atteintes d'autres maladies. Il s'agit donc simplement « d'une prédisposition, mais la maladie a toujours une « origine extérieure : elle n'est jamais le fait des com- « plications puerpérales. Très souvent d'ailleurs nous « l'avons observée chez les femmes qui n'ont présenté « aucune autre complication des suites de couches.

« Rappelons à ce sujet que James Paget a également « signalé la fréquence relative de la scarlatine chez les « blessés en dehors de la septicémie, et qu'il attribue son « apparition au traumatisme dont l'influence activerait « l'absorption des germes contagieux. Ces observations « nous semblent présenter certains rapports avec ce qui « se passe pour les femmes en couches. Que faut-il pen- « ser maintenant de l'opinion opposée qui a été émise en

« Angleterre ? Certains auteurs, Barker et Braxton Hicks « en particulier, ont été jusqu'à considérer les accidents « de septicémie puerpérale comme pouvant être l'ex- « pression de maladies générales infectieuses, telles que « la scarlatine, la diphtérie, la fièvre typhoïde survenues « chez les femmes en couches. Cette opinion ne nous « paraît pas acceptable, et dans les faits que nous avons « pu observer, la scarlatine ne nous a pas semblé avoir « des rapports intimes avec l'infection puerpérale. Indé- « pendante de la septicémie dans son origine, elle n'exerce « sur sa production aucune influence directe.

« Nous ne saurions méconnaître que la scarlatine qui « survient chez les femmes en couches est grave, *mais « nous croyons que sa gravité est souvent exagérée.* Il faut « évidemment tenir compte de l'affaiblissement dans lequel « se trouvent les malades, du peu de résistance qu'elles « offrent à l'influence morbide, de l'impulsion qu'imprime « à toute maladie de cette période, l'activité plus grande « des actes physiologiques chez les femmes accouchées, « et enfin de la prédisposition incontestable que la gros- « sesse a créée du côté des complications rénales. Mal- « gré toutes ces circonstances défavorables, la scarlatine « des femmes en couches se termine souvent par la gué- « rison, et si elle donne lieu à des accidents graves, « nous attribuons plus volontiers ces accidents à la scar- « latine elle-même qu'à des manifestations puerpérales « provoquées par elle ».

Enfin voici les passages des deux articles de dictionnaire dont nous avons parlé plus haut.

ARTICLE DE PICOT (*Dictionnaire Jaccoud*) (1).

Après avoir mentionné la prédisposition spéciale que l'état puerpéral paraît créer pour la scarlatine, M. Ch. Picot nous donne dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* une description détaillée de cette affection :

« Cette scarlatine, dit-il, qui se montre le plus souvent « dans la première semaine qui suit l'accouchement, « évolue quelquefois comme la scarlatine normale, mais « souvent aussi elle est anormale.

« Quelquefois c'est une scarlatine fruste qui ne se ma- « nifeste que par une angine, mais est suivie de des- « quamation et d'albuminurie; d'autres fois, les anomalies « qu'elle présente se rapprochent de celles qu'on observe « dans la scarlatine maligne. L'éruption sort mal; elle est « formée de petites taches rouges, morbilliformes, qui ne « se rejoignent qu'au bout d'un certain temps pour for- « mer les plaques caractéristiques de la scarlatine ; l'exan- « thème prend une teinte foncée qui devient violacée dans « les cas les plus graves, le pointillé est parfois ecchy- « motique, la miliaire est très confluente, l'angine est « souvent peu marquée. Les symptômes généraux sont « très intenses; la fièvre est vive dès le début, elle s'ac- « compagne souvent de troubles nerveux graves : délire, « convulsions, contractures ; on observe fréquemment

1. Article *Scarlatine* de C. Picot dans le *Nouveau Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*.

« aussi des troubles gastro-intestinaux, des vomissements et surtout de la diarrhée, qui est un des symptômes le plus souvent signalés dans la scarlatine des femmes en couches. Cette diarrhée est parfois si abondante que dans quelques cas elle a entraîné la mort. Lorsque la maladie se termine favorablement, elle est suivie de desquamation, et on peut observer la néphrite et l'anasarque scarlatineuses.

« A côté de cette forme généralement grave, et sur le diagnostic de laquelle il ne peut y avoir de doute, il en est une autre beaucoup plus bénigne et dont la nature est encore discutée; nous voulons parler de l'éruption décrite par Guéniot sous le nom de scarlatinoïde puerpérale. Cet auteur considère cette éruption comme distincte de la scarlatine, mais comme vient de l'établir H. Legendre dans un travail récent, les caractères qui distinguent la scarlatinoïde de Guéniot de la scarlatine qu'il a observée chez les femmes en couches sont si faibles, *que sans nier l'existence des éruptions scarlatiniformes à la suite de l'accouchement, il est probable qu'un grand nombre de ces prétendues scarlatinoïdes sont des scarlatines vraies à symptômes très atténués.* En effet, dans les cas observés par Legendre chez les femmes en couches, cas dans lesquels la nature scarlatineuse de l'affection ne laissait pas de doute, on trouvait une angine généralement légère ou même quelquefois pas d'angine, rarement de l'engorgement ganglionnaire, une éruption, tantôt généralisée à tout le corps, tantôt épargnant le visage, un enduit blanchâtre et une rougeur de la langue, qui desquamait dans la

« moitié des cas. Le pronostic était bénin, la guérison « constante, l'albuminurie ne survenait que dans la moi- « tié des cas. Ces caractères sont presque identiques à « ceux attribués par Guéniot à la scarlatinoïde ; aussi « sans vouloir considérer le débat comme terminé, nous « estimons qu'on ne doit admettre que *très exceptionnel-* « *lement l'existence des fausses scarlatines chez les femmes* « *en couches* et traiter toutes celles qui présentent une « éruption scarlatiniforme, qui n'est pas manifestement « liée à la septicémie puerpérale comme atteintes de scar- « latine vraie, car on les a souvent vues transmettre par « contagion cette maladie à leur entourage. »

ARTICLE DE SANNÉ (dictionnaire Dechambre) (1).

« Cette théorie (2) s'étaye sur quelques cas qui ont « présenté des lésions de l'appareil génital. Mais la fré- « quence et l'importance de ces phénomènes ont été sin- « gulièrement exagérées. On peut établir, en effet, que dans « l'immense majorité des cas les organes de la parturi- « tion restent intacts, ainsi que le prouvent les autop- « sies et qu'on observe pendant la vie que les phéno- « mènes physiologiques de l'état puerpéral, phénomènes « qui peuvent être exaltés par l'invasion de la scarla- « tine, comme par celle de toute autre maladie grave.

« Dans d'autres cas on constate pendant la vie des « symptômes de péritonite, qui ont presque toujours une « terminaison funeste, mais en examinant de près les « circonstances dans lesquelles elles se sont produites, on

1. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.
2. L'hypothèse d'une fièvre puerpérale.

« voit que loin de précéder l'exanthème elles l'ont tou-
« jours suivi à une distance d'une dizaine de jours; or,
« pour qu'une éruption puisse être considérée comme de
« nature puerpérale, il est nécessaire qu'elle apparaisse
« simultanément ou consécutivement aux autres acci-
« dents puerpéraux. Il en résulte que dans les faits en
« litige, l'exanthème ne peut être l'expression d'une sep-
« ticémie puerpérale qui les manifeste 10 jours après
« lui, qu'elle est bien de nature scarlatineuse et que les
« péritonites consécutives ne sont plus les affections
« puerpérales, mais de véritables complications de la
« scarlatine. La péritonite figure en effet, parmi les com-
« plications de la scarlatine primitive, elle doit occuper
« naturellement une plus large place dans la scarlatine
« puerpérale en raison de la prédisposition qui pèse sur
« les organes génitaux.

Travaux Récents.

Enfin dans ces derniers temps, il a paru en 1888 trois communications importantes sur la scarlatine puerpérale, la première de Léopold Meyer, la deuxième de Boxall, la troisième de Mackness d'Edimbourg ; les deux premiers auteurs se montrent favorables à l'origine scarlatineuse. Mackness croit plutôt avoir eu affaire à la scarlatinoïde de Guéniot. Nous terminons cet historique par l'analyse de l'excellent travail de Renvers paru en 1890 dans le *Zeitschrift fur gesammte medicin.*

Léopold Meyer (1).

Zeitschrift fur gynæcologie und Obstetric, 1888.

Après avoir reconnu combien les opinions sont divergentes sur la nature de la fièvre puerpérale, Léopold Meyer raconte dans quelles circonstances se produisit l'épidémie dont il s'est fait l'historien.

« Nous n'avons, dit-il, à Copenhague aucun établissement qui reçoive les femmes enceintes ; on ne reçoit « les femmes que lorsqu'elles sont sur le point d'accoucher. On est obligé de s'inscrire trois ou quatre mois à « l'avance, condition du reste qui est loin d'être toujours « remplie par les femmes. Toutes du reste n'accouchent « pas à la Maternité. Du mois de juin au mois de septembre, on en envoie la moitié environ faire leurs couches dans les familles agréées (filiales), c'est-à-dire « des familles habitant dans le voisinage et choisies *ad* « *hoc* par l'administration.

« Tous les frais sont payés par celle-ci, les femmes « sont assistées pendant leur accouchement par des « sages-femmes et visitées en outre par des médecins. « De juillet à août, la Maternité ferme de telle sorte « que toutes les femmes accouchent chez les familles « agréées après qu'elles ont été examinées dans une « salle de la Maternité affectée à cet usage. Les femmes « sont gardées 9 à 10 jours après leur accouchement « et renvoyées ou admises dans les crèches qui dé-

1. Traduit et résumé pour nous par M. de Tornéry.

« pendent de la Maternité et font partie du même bâti-
« ment. Les médecins et les sages-femmes sont instruits
« à la Maternité. Ces dernières couchent dans un grand
« dortoir commun. » Ces détails sont nécessaires pour comprendre la marche de l'épidémie, car le 26 décembre 1885 une élève sage-femme tombe malade et on reconnaît qu'il s'agit de la scarlatine : on l'envoie le 31 décembre à l'hôpital Frédéric. Le 1er janvier 1886 3 autres élèves sages-femmes tombent malades : l'une avait une scarlatine très marquée pour laquelle elle entre à l'hôpital Frédéric le même jour. La deuxième n'était atteinte que d'une légère angine qui ne tarda pas à disparaître. La troisième eut un exanthème d'une nature indéterminée, sans fièvre et sans angine, ces deux malades à cause de la bénignité de l'affection, ne furent pas envoyées à l'hôpital. Malheureusement le 6 janvier on a la désagréable surprise de voir se produire chez ces deux femmes une desquamation caractéristique et abondante. On leur interdit de soigner les malades et on ne leur permit de reprendre leur service que le 24 février. Le 6 janvier une quatrième, le 8 et le 9 une cinquième et une sixième élève sage-femme contractent la scarlatine, qui chez les deux dernières se réduisit à une légère angine pultacée.

Le dernier cas chez les élèves sages-femmes se produisit le 22 janvier, la malade fut immédiatement isolée et envoyée à l'hôpital.

Le premier cas chez les nouvelles accouchées se produisit le 6 janvier chez une femme qui avait été envoyée le 31 décembre dans une famille agréée. La deuxième ma-

lade accouchée dans la Maternité le 7 janvier, eut le 11 la scarlatine.

De janvier à mars il se produisit ainsi une série de faits de scarlatine chez les nouvelles accouchées mais, de mars à juin, c'est-à-dire pendant trois mois, l'affection fut suspendue et on espérait déjà que l'épidémie était complètement éteinte, quand il se produisit une nouvelle recrudescence. Il y eut 18 cas, en tout de scarlatine chez les nouvelles accouchées. Léopold Meyer note que de temps à autre, par exemple, en septembre 1886, des élèves sages-femmes furent atteintes par la scarlatine. La recrudescence de scarlatine puerpérale qui succéda au repos de trois mois dont nous avons parlé plus haut dura neuf mois pleins; ce ne fut pas là une nouvelle épidémie, mais bien le réveil de l'ancienne, réveil qui provient très probablement d'une désinfection insuffisante des objets de literie.

Les renseignements fournis par les cas qu'il a pu ainsi observer, ont permis à Léopold Meyer de résoudre affirmativement certaines questions restées douteuses. Ainsi il ne croit pas que la scarlatine puisse jamais se dénaturer au point de ressembler à la fièvre puerpérale, ainsi que l'avait soutenu Braxton-Hicks et un certain nombre de ses collègues de la *Société obstétricale* de Londres (Tilbury-fox, Tyler-Smith, Leischmann, Robert-Barnes, Playfair, etc.). Léopold Meyer fait remarquer que même en Angleterre les opinions de Braxton-Hicks n'ont pas reçu partout une approbation unanime et que Wynn Williams, Savage, Tilt, Snow-Beck, s'en sont montré les adversaires. En Danemarck Stadfelt (*les Maternités,*

leur organisation et administration, 1876, p. 11), a montré comme Matthews-Duncan en Angleterre, que la courbe de la mortalité de la fièvre puerpérale n'était pas influencée par l'apparition des épidémies de scarlatine. « Aucun des cas de scarlatine dans les suites de couches, que j'ai pu observer dans cette épidémie dit enfin Léopold Meyer, ne me permet d'affirmer que la scarlatine puisse simuler la fièvre puerpérale. » Cet auteur croit, du reste, que l'infection puerpérale et l'infection scarlatineuse peuvent coexister ensemble, ainsi que l'avait déjà soupçonné Wynn-Williams en 1870.

Léopold Meyer ne croit pas pour cela que la scarlatine dans les suites de couches, soit absolument semblable à celle qui survient dans les circonstances ordinaires, l'action des suites de couches fait sentir ici son influence.

Il fait remarquer que les relevés statistiques montrent que la scarlatine puerpérale est somme toute une affection rare à Copenhague.

Quant au temps où se fait l'infection, Léopold Meyer croi qu'elle a presque toujours lieu pendant ou peu après l'accouchement.

La durée de l'incubation est extrêmement courte de deux à quatre jours en moyenne. Enfin la présence fréquente de dépôts pseudo-membraneux sur les parties génitales semble prouver, comme l'avaient fait supposer Savage et Playfair, que la scarlatine peut comme les infections septicémiques pénétrer par les voies génitales.

L'angine n'a jamais fait défaut dans les cas rapportés par Léopold Meyer, mais le plus souvent elle était légère. « Nos cas permettent de dire que l'angine existe d'habi-

tude, mais qu'elle est très légère ; aussi nous ne pouvons donner raison à Braxton-Hicks, lorsqu'il dit que l'angine fait habituellement défaut. Sur les 18 cas observés personnellement par nous 17 eurent l'angine et celle-ci fut probable pour la quinzième malade, car nous ne la vîmes que le douzième jour de sa maladie au début de laquelle elle avait eu mal au cou, chez 14 de nos cas l'angine a été insignifiante et sans exsudats, dans 2 autres cas l'angine était plus violente, mais toujours sans exsudats, enfin dans 2 cas il y avait des dépôts pultacés caractéristiques ; le fait que Braxton-Hicks nie l'angine provient probablement du fait, qu'il n'a vu les malades dont il parle que tardivement. »

Parlant de l'exanthème il note que son évolution était rapide, son intensité faible et sa couleur tirait sur le rouge livide. « Mais je n'ai pas pu constater comme Olshausen les deux particularités qu'il signale tout spécialement, l'extrême rapidité de sa venue, et son extension en quelque sorte instantanée ; dans presque tous les cas où je l'ai observé j'ai remarqué cependant qu'il occupait la plus grande partie du corps. Sur 20 cas observés par moi, cinq fois l'érythème fut léger (n° 1, 4, 13, 19, 20), trois fois moyen (5, 10, 15), neuf fois assez fort et seulement trois fois très intense (6, 16, 18), dans ces derniers cas il prit un caractère hémorrhagique. » Quant à la question miliaire chez les femmes atteintes de scarlatine puerpérale, Léopold Meyer fait d'abord remarquer que les sudamina sont très fréquents chez les nouvelles accouchées, principalement sur le bas-ventre. On les a retrouvées dans les cas n°s 2, 5, 6, 9, 15, 18, les

sudamina apparaissaient au début de l'affection ou dans le cours de la deuxième semaine.

Leopold Meyer signale les complications rénales comme assez fréquentes « les complications si fréquentes du côté du rein que l'on observe dans le cours de la scarlatine ont été rencontrées chez neuf de nos malades (ex. cas n°s 6, 7, 8, 11, 15, 16, 18, 20, 21), mais chez les cas 6, 78, 16 et 18 l'albuminurie n'a été qu'un phénomène tout à fait transitoire, dans les cas n°s 15, 18, 20 et 21, il est survenu des lésions inflammatoires, sérieuses du côté des organes génitaux, dont les n° 20 et 21 moururent; chez deux malades (n° 12 et 14), on constata de la cystite ».

Léopold Meyer insiste avec raison sur la fréquence des *complications articulaires.* « Une autre complication très fréquente sont les arthrites, que nous n'avons pas rencontrées, moins de 10 fois dans les cas que nous avons rassemblés (n°s 2, 4, 5, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 20), elles n'ont eu qu'une durée éphémère et ont cédé généralement à l'emploi du salycilate; 4 fois cependant les déterminations rhumatismales ont été sévères (n°s 5, 9, 10 et 16) ».

Contrairement à l'opinion de quelques-uns de ses prédécesseurs Léopold Meyer a vu que les lochies et la sécrétion lactée se modifient et se suppriment dans le cours de l'affection.

Il affirme comme la plupart des auteurs, du reste, que les *complications génitales ne sont pas bien fréquentes.* « Quant aux complications génitales inflammatoires, on pense qu'elles manquent d'ordinaire, comme il a été dit plus haut; mais si on recherche quels sont les faits qui

ont donné cours à cette opinion, on trouve que ce sont les lésions cadavériques que l'on a retrouvées dans les formes foudroyantes. Mais si on demande à un médecin ce qu'il craint le plus dans le cours de cette affection, il vous répondra que ce sont les complications génitales ? que permettent de conclure les faits observés par nous ? 6 fois, il n'y a eu de complications génitales d'aucune sorte (n° 1 à 6), dans le cas n° 7 il y eut une métrorrhagie qui n'eut pas de suite, dans d'autres cas, au contraire (cas n° 8 à n°s 13 et 22), ces complications génitales ont été l'évènement prédominant ; c'était de la paramétrite, de la périmétrite, de la péritonite, endométrite, métrite, etc. ». 10 fois on a noté des exsudats pseudo-membraneux sur les excoriations de la vulve et du vagin.

Léopold Meyer insiste tout particulièrement sur la durée considérable de l'affection et la lenteur de la convalescence. Le diagnostic n'est pas difficile, quand on connaît les conditions au milieu desquelles se développent ces scarlatines dans les suites de couches. Il est difficile, au contraire, quand on ignore les anamnestiques, lorsque la marche est très rapide et foudroyante, et lorsque l'affection se complique de septicémie, les érythèmes septicémiques quoique ressemblant beaucoup à celui de la scarlatine, s'en distingueront par leur limitation habituelle à certaines parties du corps et à leurs caractères plus diffus, moins tranchés.

Cet auteur ne croit pas le pronostic aussi mauvais que l'a dit Olshausen ; mais il n'est pas trop favorable non plus, à cause de la facilité extrême des infections septicémiques chez les nouvelles accouchées.

Léopold Meyer a noté avec soin l'état des enfants, qui le plus souvent ont continué à rester près de leur mère, deux seulement moururent, l'un d'un abcès du scrotum, qui après l'incision se compliqua d'érysipèle, le deuxième de symptômes morbides mal caractérisés appartenant peut-être à la scarlatine. Nous avons vu, au contraire, que lors de la fameuse discussion à la Société obstétricale de Londres en 1875, on a signalé plusieurs cas de transmissions de la mère au nouveau-né.

Boxall.

En 1888 le Dr Boxall (1) a communiqué à la Société obstétricale de Londres un mémoire sur la scarlatine puerpérale, qui est basé sur 16 observations non douteuses, suivant lui, de scarlatine puerpérale pendant la grossesse et dans les suites de couches. Il a confirmé la rareté de la scarlatine dans le cours de la grossesse : chez les femmes enceintes, dit-il, cette affection affecte une forme normale. Il n'en est pas tout à fait de même dans les suites de couches. Il signale l'absence ou la bénignité très marquée de l'angine, qui s'accompagne cependant d'engorgement cervical. La langue est rarement framboisée. Il a fait ressortir la fréquence des sudamina et de l'urticaire au moment de la production de l'érythème, les fonctions génitales ne sont généralement pas troublées, l'involution utérine est habituellement aussi rapide que d'ordinaire.

1. Traduit et résumé pour nous par M. de Tornéry.

Cependant il a signalé la douleur que l'on provoque ordinairement par la pression et qui est très légère. Quand il y a des complications inflammatoires du côté du petit bassin, si celles-ci éclatent d'emblée, on peut penser à une complication scarlatineuse, mais si elles s nt tardives, il faut penser à une infection secondaire scarlatineuse. Il n'y a pas eu de cas de mort dans les 16 cas observés par lui.

Dans la *discussion* qui a suivi cette communication le D[r] *Galabin* fait ressortir la bénignité des cas de Boxall. Malheureusenent il n'en est pas toujours ainsi. Il a vu deux fois survenir des péritonites mortelles au moment de la desquamation. Il revient sur l'idée, que nous avons vu signaler quelques années auparavant, la fièvre puerpérale, n'est, dit-il, pas engendrée toujours par le même microbe, mais par une quantité ; on en a décrit une vingtaine de différents. Aussi la septicémie puerpérale, n'est-elle point une entité comme la scarlatine, mais cependant, dit-il, ce n'est pas probable, parce que Matthews Duncan n'a pas trouvé de relation directe entre l'accroissement des épidémies de scarlatine et d'érysipèle, et celle des fièvres puerpérales : si, par hasard, la scarlatine devait être comptée plus tard comme un des facteurs de l'infection puerpérale, ce ne serait point un facteur important. Néanmoins certaines formes de scarlatine puerpérale larvée simulent beaucoup la septicémie puerpérale.

Le D[r] *Horrocks* ne croit pas autant que Boxall à l'existence de scarlatine puerpérale véritable ; il signale des causes d'erreur.

Le D[r] *Langleys* s'est montré adversaire déclaré des fièvres puerpérales d'origine scarlatineuse.

Le Dr *Jamison* croit qu'un signe différentiel excellent serait l'absence dans les cas de scarlatine, la présence dans les cas de fièvre puerpérale d'hémorrhagies rétiniennes.

Le Dr Hayes et le Dr West ne se sont pas montrés partisans de la susceptibilité toute spéciale de la femme en couche pour la scarlatine. Ils ont une grande expérience de la scarlatine et n'ont pas vu de prédisposition différente entre une femme ordinaire et une femme en couche.

John Williams croit que la bénignité ou la malignité de la scarlatine puerpérale n'a rien d'extraordinaire, car on retrouve des faits analogues dans les cas de scarlatine ordinaire, certaines épidémies étant très bénignes, certaines autres très malignes.

Owen. C. Mackness (1).

Le Dr Owen C. Mackness a publié dans les *Obstétrical transactions d'Édimbourg* de 1888 un article intéressant sur les rash scarlatiniformes qui peuvent survenir dans les suites de couches (some scarlatiniform rashes occuring during the puerperium). Après en avoir rapporté quelques observations, que l'on retrouvera, du reste, dans cette thèse, et qui, du reste, sont très résumées, l'auteur s'exprime ainsi : « Dans tous ces cas il s'est produit un rash, qui n'a déterminé rien de nuisible chez nos malades, et bien que chez plusieurs d'entre elles les lochies aient exhalé une très mauvaise odeur, qu'il y ait

1. Traduit et résumé pour nous par M. de Tornéry.

eu élévation notable de la température et accélération du pouls, les accidents morbides n'en sont pas moins disparus au bout de peu de jours et cela le plus souvent sans thérapeutique active. Ces rash semblent donc sans signification au moins au point de vue du pronostic, ils n'offrent d'importance que pour le diagnostic, parce qu'ils pourraient être confondus avec une scarlatine bénigne ou l'angine, et tous les autres symptômes sont frustes, sauf le rash. Cela a été le cas du reste pour notre première observation qui a été évacuée et transportée dans une autre salle comme atteinte de scarlatine. » Après avoir rapporté le passage où Charpentier fait allusion à ces érythèmes scarlatiniformes, dans lesquels, dit cet auteur, il existe de fortes démangeaisons, Owen C. Mackness fait remarquer que le symptôme démangeaison manquait absolument dans les cas observés par lui. Le caractère de ces rash a toujours été le même; au niveau des follicules pileux apparaissaient de petits papules qui ne tardaient pas à s'envelopper d'un halo rouge-bleuâtre, qui s'en allait le premier, la rougeur disparaissait à la pression. L'érythème s'observait sur tout le corps et même assez souvent sur la face, mais il était beaucoup plus marqué sur le bas-ventre que n'importe autre part, pas de maux de tête, d'angine, d'albumine dans l'urine ; mais l'auteur fait remarquer qu'on faisait deux irrigations vaginales de sublimé aux deux millièmes chez deux malades, on faisait en même temps des injections intra-utérines; ne s'agirait-il pas peut-être de toxicodermies produites par l'action du mercure ? Ce qui s'opposerait cependant à cette hypothèse c'est que ces cas sont surve-

nus sous forme épidémique. Il n'y en avait pas auparavant, il n'y en a plus eu après. Owen C. Mackness croit pouvoir interpréter ainsi la filière des accidents. Chez ses malades des caillots sanguins détenus dans l'utérus se sont putréfiés, les produits de cette fermentation sont passés dans le sang et ont provoqué ainsi une élévation de la température, puis leur élimination par la peau en irritant celle-ci a produit l'érythème, mais alors puisque ces matières en s'éliminant par la peau ont déterminé ces rougeurs, pourquoi n'ont-elles pas amené de l'albuminurie en s'éliminant par les reins. Dans la discussion qui suivit, le *Dr Simpson* ne crut pas devoir accepter l'hypothèse de Mackness, parce que la putréfaction des caillots, qui est fréquente dans les utérus de femmes en couches, ne détermine pas d'érythèmes semblables. Le Dr Foulis fit remarquer que l'érythème, simple phénomène vaso-moteur, peut être engendré par bien des causes différentes, mais il n'en est pas de même de la desquamation que le Dr Mackness n'a pas mentionnée. Le Dr Mackness répondit qu'il n'avait vu de desquamation d'aucune sorte.

Renvers (1).

Enfin tout dernièrement il a paru sur le sujet qui nous occupe dans le supplément du 17e volume du *Zeitschrif für Klinisch Medicine*, année 1890, page 306, un article important du Dr Renvers, assistant de la Clinique médicale de Berlin (*Beitrag zur Lehre von der Sogenannten Scarlatina*

1. Traduit et résumé pour nous par M. de Tornéry.

puerperalis). « Les différents travaux parus sur ce sujet, « dit-il, nous apprennent que la scarlatine est excep- « tionnelle chez les femmes grosses, mais qu'elle est fré- « quente chez la femme en couches durant les 3 jours « qui suivent l'accouchement. Il n'est point douteux que « dans beaucoup de cas que j'ai pu recueillir dans la litté- « rature médicale ou que j'ai pu observer personnelle- « ment, il s'agissait de véritables scarlatines. Mais les « avis sont actuellement très partagés pour savoir si tous « les faits de scarlatine puerpérale publiés jusqu'ici « étaient bien, en effet, de la scarlatine. La mortalité « très considérable de la scarlatine puerpérale, qui em- « porte 50 pour 100 des malades, le fait qu'elle atteint « sa production immédiate après l'accouchement, les « complications que l'on a observées du côté des organes « génitaux et du péritoine, ont fait penser qu'il s'agis- « sait dans ces cas d'une simple variété de la fièvre « puerpérale ; tandis que Schrœder considère la plupart « des faits de scarlatine puerpérale grave avec éruption « scarlatiniforme comme des fièvres puerpérales, Tho- « mas (Ziemssens handbuch von pathologie), Winkel « (*Pathologie und Therapie de Wochenbetts*) et Litten se « sont rangés à l'avis de Olshausen, qui soutient qu'il « s'agit de scarlatines véritables. »

Renvers regarde comme très fondée l'opinion de beaucoup d'auteurs français et étrangers, qui soutiennent qu'une scarlatine peut pendant longtemps couver, pour ainsi dire, pendant la grossesse et n'éclater que peu après l'accouchement, parce que l'organisme est devenu subitement favorable à son développement. « Si l'on se range,

« dit-il, à l'avis de Zulzer, qui soutient que la scarlatine « entre toujours dans l'organisme par une solution de « continuité et est dans la véritable acception du mot « une maladie infectieuse des plaies, on verra que les « déchirures qui existent toujours du côté des organes « génitaux, même dans les accouchements les plus nor- « maux, non seulement favorisent l'entrée de la scarla- « tine, mais encore favorisent le développement de celle- « ci à cause de l'étendue des plaies. D'après les obser- « vations de Zulzer sur la scarlatine traumatique, qui « présente tant d'analogie avec la scarlatine puerpérale, « il me semble que le plus souvent l'inspection dans les « faits qui nous occupent a eu lieu par les voies génitales. « On peut ainsi s'expliquer facilement la faiblesse de « l'angine et la sensibilité, ou même les changements « morbides beaucoup plus importants qui peuvent se « développer du côté de l'utérus. » Et néanmoins Renvers, tout partisan qu'il soit des idées d'Olshausen, ne peut s'empêcher de dire, page 311 : « Bien que l'étude attentive des faits publiés jusqu'ici m'aient amené à partager l'opinion d'Olshausen, je ne peux, en me rappelant mes observations personnelles, me défendre de croire que *des cas d'exanthèmes scarlatineux survenus pendant les suites de couches n'ont rien à faire avec la scarlatine et ne sont que l'expression d'une infection septique.* » Après avoir cité trois observations de scarlatine puerpérale que l'on trouvera plus loin dans notre thèse, il ajoute : « Que doit-on penser de la nature des cas observés par nous? Avons-nous eu affaire à une scarlatine véritable ou à une fièvre puerpérale avec exanthème scarlatiniforme. »

Il n'est pas inutile d'insister sur ce point dont on s'est peu préoccupé jusqu'ici ; celui de savoir si la scarlatine a déjà été contractée auparavant. « En général, la scarlatine ne survient qu'une fois chez le même individu et confère l'immunité ; aussi peut-on se servir de cette considération anamnestique dans le diagnostic que l'on doit faire. Sur 68 cas de scarlatine observés par moi chez l'adulte, jamais il n'y avait eu scarlatine pendant l'enfance. Il ne faut pas, du reste, confondre avec une récidive de la scarlatine ces cas de recrudescence dans le cours de cette affection, rechutes que l'on peut observer également dans le cours de la fièvre typhoïde.

En s'appuyant sur l'immunité que confère en général une scarlatine, fait sur lequel nous venons d'insister, les trois observations rapportées par nous deviennent d'une nature fort suspecte, parce que les trois malades affirment très nettement avoir eu déjà la scarlatine. En admettant que la mémoire ait pu tromper les malades de l'observation I et III, cette hypothèse n'est plus admissible pour celle de notre deuxième observation, qui eut la scarlatine quand elle était jeune fille, et qui a eu comme conséquence de cette affection une maladie des reins avec hydropisie ».

Renvers explique de deux manières différentes l'origine possible des troubles que l'on remarque du côté de l'appareil génital. « Toute maladie microbienne, avec élévation considérable de la température survenant chez une « nouvelle accouchée, trouble l'évolution de l'utérus, « altère les sécrétions des organes génitaux et détermine « la suppression des lochies, qui était si redoutée des

« anciens. Les sécrétions se corrompent dans les organes « génitaux, répandent une mauvaise odeur, et peuvent « amener une infection secondaire, qui n'a rien à voir « avec l'infection primitive. L'utérus devient alors sensi- « ble, et il peut survenir, comme je l'ai vu dans un cas « de fièvre typhoïde, une périmétrite purulente. Mais on « peut se placer aussi à un autre point de vue. J'ai dit « plus haut qu'on pouvait soutenir que la scarlatine chez « les nouvelles accouchées entrait par les déchirures « génitales et qu'elle pouvait déterminer du côté de l'u- « térus les altérations nécrobiotiques qu'elle produit « d'habitude au niveau du pharynx. Les différences que « l'on observe dans le processus morbide depuis les an- « gines très légères jusqu'aux angines gangréneuses peu- « vent trouver leurs analogues du côté de l'utérus. Les « lésions gangréneuses qui peuvent donner naissance à « des infections septiques secondaires peuvent donner à « ces cas l'aspect d'une véritable fièvre perpuérale. Offa « a signalé quelque chose de semblable pour la scarlatine « traumatique. Mais quand il y a déjà eu une attaque « antérieure de scarlatine, on ne saurait songer de la « même façon. Dans le premier cas, la marche clinique et « l'autopsie démontrent qu'il s'agissait bien d'une infec- « tion septique de l'utérus. Si l'on néglige l'exanthème « personne ne doutera qu'il s'agisse dans ce cas d'une « fièvre puerpérale. Pendant la vie de la malade il se « produisait du reste des métastases pyémiques dans les « deux genoux, où l'on retrouva la présence de strepto- « coques. On pourra objecter que dans la scarlatine on « voit fréquemment ces complications articulaires, qui

« peuvent même prendre un caractère purulent. Mais on « ne retrouve jamais de streptocoques dans l'exsudat. Il « est évident que s'il s'est fait une infection secondaire « sceptique dans le cours d'une scarlatine, les mêmes « métastases articulaires que l'on observe dans la fièvre « puerpérale pourront se produire. Mais la marche rapide « de l'affection dans notre premier cas exclut l'idée d'une « infection secondaire qui est toujours un fait tardif.

« Dans notre deuxième cas, on constate par la ponction « l'existence d'une périmétrite purulente ».

Dans le troisième cas les accidents éclatèrent immédiatement après un accouchement très laborieux qui dut se terminer artificiellement.

Dans les cas observés par Legendre, dit-il, la durée de l'exanthème, la desquamation par lambeaux, l'intensité de la rougeur montrent bien qu'il ne s'agissait pas d'un simple érythème vaso-moteur, mais bien d'une éruption cutanée, en tout analogue à celle de la scarlatine. A cause de la grande variabilité de l'exanthème les différences de rougeur, d'étendue, de durée, de desquamation même, partout si importantes, ne peuvent être utilisées pour le diagnostic, car les mêmes signes se retrouvent dans les cas authentiques de scarlatine.

Le Dr Legendre a relaté dans sa thèse une épidémie de scarlatine, qui éclata dans le service de M. Siredey dans les conditions suivantes : « La malade que nous avons vue à la fin de l'année 1880, atteinte de l'éruption scarlatiniforme, venait à peine de quitter le service au commencement de février 1881, qu'une accouchée récente présenta les mêmes phénomènes que la première, phéno-

mènes simples, d'abord comme éruption et comme angine, se terminant ensuite peu de jours après par de l'albuminurie et de l'anasarque. C'était une scarlatine incontestable, méconnue dans les premiers temps. Chez une deuxième femme se développa la même succession de symptômes bizarres au début, qui finalement furent reconnus de nature scarlatineuse. Puis une troisième, une quatrième, une cinquième femme enfin furent atteintes coup sur coup dans le même service. C'était une épidémie de scarlatine qui frappait les accouchées. A la même époque, dans la ville, la scarlatine faisait son apparition et on la constatait chez des jeunes femmes récemment accouchées, et partout elle se comportait favorablement et ne compliquait que peu l'état puerpéral. Les maîtres qui venaient de l'observer m'abandonnèrent généreusement ces riches documents. »

Legendre n'est point partisan de la scarlatinoïde puerpérale en tant qu'indépendante de la scarlatine, tout en ne se dissimulant pas la force d'arguments de ceux qui soutiennent l'anatomie. Il fait ressortir avec raison la valeur des complications rénales, tout en ne s'illusionnant pas sur leur caractère pathognomonique. « Et cependant on pouvait encore présenter des objections non sans valeur et les partisans de la scarlatinoïde puerpérale pourraient expliquer la présence de l'albuminurie et des phénomènes hydropiques par une altération rénale ne dépendant pas de la fièvre éruptive, mais relevant uniquement de l'état puerpéral et rentrant dans le cas des néphrites que le Dr Mayor vient d'étudier tout récemment. Un argument de la plus grande importance,

mais bien inattendu, s'oppose à cette hypothèse, c'est que la sage-femme qui donnait ses soins à la jeune accouchée fut prise 4 jours après sa malade d'une scarlatine des plus normales. Elle n'avait pas quitté la maison depuis son entrée, c'est-à-dire depuis 8 jours, et ne s'était trouvée en aucune façon en rapport avec des personnes susceptibles de la contaminer. » Et plus loin, faisant remarquer l'indécision de M. Guéniot en présence de l'analogie des sympômes de la scarlatinoïde puerpérale et de la scarlatine vraie « notre embarras est le même, et nous ne voyons guère de différence entre les symptômes que nous retrouvons dans presque tous les faits que nous avons vus ou que l'on nous a fait connaître et ceux que l'on nous a appris à attribuer à la fièvre scarlatine; mais cette indécision nous prédispose plutôt à ranger toutes ces formes bénignes sous une même étiquette qu'à adopter pour elles une dénomination nouvelle qui ne consacre qu'une différence de nuance dans l'appréciation clinique. « Il reconnaît, du reste, que la scarlatine (p. 70) est fréquemment irrégulière dans son évolution, que le diagnostic est des plus difficiles dans les cas frustes; il croit que les femmes en couches sont plus prédisposées à contracter la scarlatine que les autres fièvres éruptives. Son opinion est qu'en général le pronostic est bénin; il reconnaît enfin l'existence d'éruptions scarlatiniformes septicémiques.

NATURE DE LA MALADIE (1).

Nous avons dit à l'introduction qu'on avait réuni à tort dans une dénomination commune des choses fort différentes. Il se trouve ainsi que les partisans des deux doctrines adverses, c'est-à-dire de l'origine scarlatineuse et de l'origine septique des accidents morbides, peuvent avoir tour à tour tort ou raison suivant les cas qu'ils examinent.

On a voulu pendant un certain temps beaucoup trop généraliser. Non seulement cette tendance simpliste est fautive, mais il faut admettre que la source des phénomènes peut être essentiellement variable dans les faits classés sous le nom de scarlatine puerpérale. En effet, à l'heure actuelle il convient très probablement de songer à une troisième cause d'accidents d'apparence scarlatiniforme, nous voulons parler des *intoxications médicamenteuses*. On connaît maintenant un nombre assez considérable de substances capables de déterminer un exanthème scarlatiniforme, et parmi celles-ci, il y en a qui ont souvent été employées dans le traitement des suites de couches.

Voici, en effet, ce que nous lisons dans la thèse de M. Durand, page 142. « M. Guéniot a bien voulu nous rappeler que lors de l'épidémie de scarlatine décrite dans sa thèse, on employait beaucoup à la maternité les préparations belladonées ; or, la belladone non seulement

1. **Rédigé par M. de Tornéry.**

amène parfois de l'érythème scarlatiniforme, mais engendre, il ne faut pas l'oublier, une dysphagie très pénible pouvant faire croire à l'existence d'une angine. M. Champetier de Ribes a attiré aussi notre attention sur le chloral, dont on prescrivait de son temps à la maternité des doses souvent considérables. Enfin M. Tarnier et M. Porack nous ont parlé aussi d'érythèmes scarlatineux qu'ils avaient observé parfois en faisant des injections de sublimé. »

Que la température s'élève sous l'influence d'une résorption putride quelconque, et l'on aura, il faut l'avouer, à peu près le tableau clinique qu'offrent certaines scarlatines anormales. L'érythème d'origine médicamenteuse pourra bien offrir dans sa marche son mode d'apparition, son étendue, sa localisation des particularités qui n'échapperont point à un dermatologiste exercé, mais ces nuances délicates ne seront point comprises par le praticien qui n'a point une expérience suffisante des maladies cutanées. Il ne faut pas oublier non plus que les sueurs abondantes s'accompagnent assez souvent d'érythèmes scarlatiniformes (voir Charpentier, article *Scarlatine*). Il est très possible qu'il faille ranger dans cette *catégorie* nombre de faits qui ont eu une marche très bénigne, par exemple ceux de Mackness.

On ne saurait nier, du reste, que la fièvre puerpérale ne puisse d'elle-même, et sans être aidée en rien par une intoxication médicamenteuse, réaliser un érythème scarlatiniforme. On a vu celui-ci survenir bien des fois non seulement chez les femmes en couches, mais encore chez les malades atteints de septicémie traumatique. Comment

agit l'infection septique? C'est ce qu'il est difficile de dire (embolies, troubles vaso-moteurs, etc.), mais nous ferons remarquer qu'à l'hôpital Saint-Louis l'inoculation du liquide vaccinal de Koch contre la tuberculose a déterminé un assez grand nombre d'exanthèmes scarlatiniformes. Il est donc très possible que les microbes de la septicémie agissent par les ptomaïnes qu'ils engendrent. Nous ferons remarquer que les shyzomycetes septiques semblent appartenir à des espèces différentes; ne se pourrait-il pas qu'une variété spéciale engendrât plus habituellement que les autres cette modalité clinique d'origine septique à laquelle on pourrait conserver avec avantage le nom de scarlatinoïde puerpérale? Mais en défalquant de l'ensemble des faits publiés sous le nom de scarlatine puerpérale ceux qui semblent appartenir à la septicémie ou à une intoxication médicamenteuse, il en reste toujours un certain nombre qui paraissent bien être de la scarlatine véritable. Si le microbe de la scarlatine était bien exactement déterminé, l'examen bactériologique lèverait certainement une bonne partie de nos doutes, malheureusement il en est pour lui comme pour celui de la rougeole; ceux décrits par Egertin, etc., ne sont guère acceptés à l'heure actuelle. La filiation bien établie des accidents morbides, les cas de contagion chez des personnes de l'entourage notées plusieurs fois par les auteurs ne laissent pas de doute sur ce sujet. Ce sont ces scarlatines survenues pendant la grossesse et les suites de couches que nous allons étudier dans les chapitres suivants.

SCARLATINE DANS LE COURS DE LA GROSSESSE (1)

Ces cas sont incontestablement de la scarlatine, mais contrairement à ceux survenant dans les suites de couches ils sont rares. Pour expliquer cette anomalie on a eu recours à une hypothèse ingénieuse ; on a admis que dans l'état de gestation la période d'incubation pouvait être fort longue, de telle sorte que la grossesse irait à terme ; dès que celle-ci serait interrompue l'immunité cesserait et le contage scarlatineux pourrait se développer immédiatement après l'accouchement.

On expliquerait de cette façon deux choses importantes, le chiffre très exigu des scarlatines arrivant dans le cours d'un état gravide, et le début habituel des accidents morbides dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement. Cette théorie très séduisante a pour elle le grand nom de Trousseau ; elle a été acceptée aussi par Tarnier et Budin dans leur *Traité d'accouchement.* Olshausen lui est également favorable.

Nous ne disons pas qu'elle n'est point exacte, mais nous ferons remarquer qu'elle est loin de se vérifier dans tous les cas. Nous avons parcouru avec le plus grand soin les relations de nombreuses épidémies en Angleterre et en Irlande et nous avons vu que les femmes enceintes étaient loin d'être toujours à l'abri du fléau. Nous avons fait les mêmes constatations en parcourant les

1. Chapitre rédigé par M. de Tornéry.

Bulletins de l'Académie de Médecine où sont décrites un grand nombre d'épidémies scarlatineuses survenues en France. Nous croyons qu'on peut expliquer plus simplement la rareté de la scarlatine pendant la grossesse et sa fréquence relative pendant les suites de couches.

Tout d'abord bien des cas englobés sous la désignation de scarlatine puerpérale ne sont point de la scarlatine véritable ; nous nous sommes expliqués très franchement sur ce sujet dans le chapitre précédent. Il reste cependant après cette soustraction un nombre de faits assez considérable encore, qui paraissent bien appartenir à cette maladie. Mais nous ferons remarquer qu'une femme enceinte reste chez elle, et se mêle moins au mouvement extérieur à cause de son état ; elle a donc moins de chance d'être contagionnée. Il en est tout autrement de la femme en train d'accoucher. Elle se trouve parfois dans des maternités où il y a eu des cas de scarlatine, et elle court grand risque de contracter cette affection, ou bien c'est le médecin ou la sage-femme qui portent dans le domicile même de la malheureuse le contage qui la frappera.

Si la scarlatine éclate dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, ne peut-on pas imaginer, que vu l'état tout particulier où se trouve la femme, la période d'incubations est très raccourcie. Hervieux fait remarquer aussi qu'un grand nombre de cas ont échappé parce qu'on n'a pas fait attention que le terme de la grossesse avait été avancé par la scarlatine. C'est elle qui aurait amené l'accouchement prématuré, il est donc tout naturel de voir survenir ses symptômes dans les premiers jours de suites de couches !

La scarlatine qui se produit pendant la grossesse paraît beaucoup plus typique que celle des suites de couches, et elle semble s'accompagner le plus souvent de son cortège de symptômes habituels. Boxall a insisté sur cette particularité. Tantôt la scarlatine détermine un accouchement prématuré comme dans le cas d'Hervieux et de Dance, tantôt au contraire, surtout si la grossesse est peu avancée, la maladie n'interrompt point la gestation. Comme nous aurions les mêmes remarques à faire que pour la rougeole, nous renvoyons à cette maladie ; rappelons cependant que le pronostic est bénin (Boxall).

Mentionnons enfin les cas où l'enfant est apparu avec un érythème scarlatineux. Dans un fait fort curieux dû au Dr Cordes de Genève, une femme, sur le point d'accoucher, soigne ses enfants atteints de scarlatine ; elle met au monde une fille qui peu d'heures après sa naissance, présente de l'angine pultacée et un érythème scarlatineux caractéristique ; la mère cependant ne présenta nullement cette affection dans ses suites de couches, qui furent très normales.

SCARLATINE DANS LES SUITES DE COUCHES (1)

La scarlatine des suites de couches, même en défalquant les cas qui ne lui appartiennent point, est beaucoup plus fréquente que la scarlatine qui survient dans le cours d'une grossesse. Nous en avons donné plus haut la raison. La grande cause c'est la contagion, et dans beaucoup de cas la filiation des accidents a été établie assez nettement pour ne laisser aucun doute. Mais par où pénètre le contage scarlatineux? Dans ces derniers temps on s'est efforcé, surtout en Allemagne, de démontrer que la scarlatine comme l'érysipèle pénétrait toujours dans l'organisme par une petite plaie qui lui servait de porte d'entrée (Voir les travaux d'Offa et de Zulzer) (2). Ordinairement les amygdales et le gosier lui offrent cette petite éraillure. Mais dans la scarlatine puerpérale ce seraient les organes génitaux qu'il faudrait incriminer. Cette idée, émise d'abord par Playfair en 1875, a été reprise de divers côtés, notamment par Renvers, les dépôts pseudo-membraneux signalés au niveau des déchirures génitales par Léopold Meyer

1. Rédigé par M. de Tornéry.

2. La scarlatine traumatique est trop connue pour que nous insistions. Tous les cas qui s'y rapportent ne sont point de la septicémie : il est tout naturel d'établir une analogie entre cette scarlatine traumatique et la scarlatine puerpérale.

sembleraient la confirmer jusqu'à un certain point. Cela expliquerait tout naturellement l'absence d'angine et l'existence de complications génitales ; mais les faits ne sont pas encore assez évidents et assez nombreux pour qu'il ne faille pas faire des réserves expresses à propos de cette théorie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA SCARLATINE PUERPÉRALE

Les lésions observées *post mortem* sont variables. Dans un assez grand nombre d'observations qui ont été consignées dans la présente thèse, on trouve relatées des autopsies dont nous allons donner les résultats.

Dans les cas rapportés par Senn (où il y eut des faits de transmission de la scarlatine aux enfants), il n'est pas relevé de complications génitales, sauf dans la sixième observation, où il existait un peu de métro-péritonite. Par contre, on constate l'injection des muqueuses pharyngées, laryngées, bronchiques, de la congestion pulmonaire, etc.

Dans l'observation de Guéniot qui fut suivie d'autopsie, il y avait congestion viscérale du côté du poumon, du foie, des reins, et d'autre part il existait dans l'espace de Douglas une collection purulente. Traces de métro-péritonite.

Hervieux signale l'absence habituelle des complications génitales, mais il relève comme complications possibles du côté des organes génitaux, la métrite, la péritonite, et la thrombose des veines utérines.

Besnier, dans son rapport sur les maladies régnantes à la Société de Médecine des Hôpitaux, signale chez une malade du Dr Lorrain qui succomba à la scarlatine puerpérale, quelques noyaux de pneumonie lobulaire, et aucune lésion de l'appareil génital, ni du péritoine.

Dans les observations de la thèse de Legendre on voit

signalés tantôt l'absence complète de lésions du côté de l'appareil génital, tantôt au contraire des métrites et des pelvi-péritonites bien nettes. Il y avait habituellement des congestions sur les muqueuses et dans les principaux viscères, parfois de la broncho-pneumonie.

Dans une observation de Léopold Meyer, qui d'ailleurs ne lui est pas personnelle, voici ce qu'on trouva à l'autopsie. Utérus gros, mais sans rien d'anormal, aucun dépôt sur la séreuse.

Ovaire droit très gros, rouge, renfermant des coagula sanguins, la muqueuse du col de l'utérus est ulcérée, et fortement congestionnée, rien dans les sinus utérins. Ecchymoses péricardiques et pleurales ; hypérémie bronchique, œdème et congestion hypostatique des poumons, reins malades, mais leur examen microscopique fait par Sœrensen n'a pas révélé les lésions caractéristiques de la néphrite scarlatineuse. Aussi l'auteur de cette observation croit-il justifiée la désignation de fièvre puerpérale à forme scarlatineuse qu'il avait adoptée.

Dans d'autres observations de Léopold Meyer où il y eut autopsie on ne trouva rien du côté des organes génitaux. Il en est de même dans la troisième observation de Olshausen ; quelquefois lésions rénales assez accentuées.

Dans la première observation de Liebmann on pratiqua l'autopsie vingt heures après la mort.

On trouva, en outre d'une desquamation de la peau, de l'œdème du cerveau, de l'œdème des poumons, beaucoup de sérosité spumeuse dans les bronches, à droite un exsudat pleurétique séro-fibrineux en grande quan-

tité. Le péritoine renferme également une grande quantité de sérosité. Le foie, la rate, les intestins étaient couverts de fausses membranes, et chose intéressante les lésions étaient moins accentuées au niveau de l'excavation pelvienne.

La rate était très grosse, presque triplée de volume. Rien à l'utérus. Reins congestionnés. La vessie contenait quelques grammes d'une urine trouble.

Dans la deuxième observation de Liebmann, l'autopsie faite vingt et une heures après la mort, révéla les lésions suivantes : desquamation épidermique étendue, œdème cérébral avec hyperhémie, œdème des poumons principalement aux lobes inférieurs. Cavité péritonéale remplie d'une grande quantité d'un liquide trouble mélangé de flocons fibrineux, péritonite viscérale notamment sur les intestins. Foie couvert de fausses membranes. Rate quadruplée de volume passablement molle et d'un brun rouge sale. Reins un peu gonflés, couche corticale rouge pâle, pyramides profondément injectées.

Dans l'observation XX de Léopold Meyer on constate à l'autopsie la présence dans la cavité péritonéale d'un litre de sérosité purulente. Adhérences fibrineuses entre l'utérus et les anses intestinales.

La péritonite n'est du reste bien marquée que dans les parties tout à fait déclives. Utérus gros, ramolli, muqueuse grisâtre. Thrombus dans les sinus veineux, reins flasques et congestionnés.

La limite entre la substance corticale et la substance médullaire n'est pas distincte. A la partie inférieure du gros intestin, ulcération qui va jusqu'à la tunique musculaire.

Rien aux organes génitaux; les lymphatiques qui partent de l'utérus sont parfaitement normaux. Reins malades et très congestionnés (La maladie semble avoir été une véritable scarlatine). Rate un peu tuméfiée; rien de manifeste du côté du foie.

Nous pourrions multiplier cette énumération, mais comme tous ces faits ne peuvent pas nous amener à une conclusion ferme, nous aimons mieux nous en tenir là, et renvoyer aux observations contenues dans cette thèse. D'ailleurs nous ne pensons pas que les lésions que nous venons de relever puissent contribuer dans une large mesure à résoudre la question. Les lésions rénales, qui seraient d'un grand intérêt, n'ont pas été suffisamment élucidées. L'examen histologique pratiqué une fois n'a d'ailleurs donné que des résultats douteux. Tantôt absentes, tantôt présentes, les lésions génitales peuvent presque aussi bien reconnaître pour causes la septicémie que la scarlatine, qui en sa qualité de maladie infectieuse les frappe comme *locus minoris resistentiæ*. Nous sommes là en présence de deux maladies infectieuses, et c'eût été une illusion que de compter sur l'anatomie pathologique macroscopique pour les différencier nettement l'une de l'autre. N'est-ce pas une règle générale commune à presque toutes les maladies infectieuses de pouvoir frapper simultanément et indistinctement les organes les plus divers, d'y produire les lésions les plus variées, les plus diffuses, sans que l'aspect seul y puisse révéler de caractère vraiment spécifique.

Dans ces cas difficiles, c'est au microscope et à l'expérimentation qu'il appartient de conclure.

SYMPTOMATOLOGIE DE LA SCARLATINE PUERPÉRALE (1)

On a vu à l'historique plusieurs auteurs, Senn, Trousseau, Olshausen, Braxton-Hicks, Tarnier et Budin, admettre une incubation très longue dans la grossesse, Hervieux, Léopold Meyer croient qu'elle est très courte dans les suites de couches.

Cette incubation ne se révèle d'ailleurs par aucun phénomène morbide bien net, mais tout au plus par un malaise vague, que l'on pourrait rattacher à toute autre cause.

Invasion. — Dans la majorité des cas la scarlatine puerpérale apparaît le premier ou le second jour qui suit l'accouchement, plus rarement le troisième, plus rarement encore le quatrième et le cinquième. Les neuf premiers jours écoulés, on peut dire que l'affection est exceptionnelle (Olshausen). On pourra se convaincre de la véracité de nos assertions, qui nous sont du reste communes avec un très grand nombre d'auteurs, en consultant le tableau statistique annexé à cette thèse. La maladie peut débuter de deux façons très distinctes : soit brusquement, soit au contraire, et nous croyons qu'alors il s'agit surtout de fausses scarlatines, sournoisement et insidieusement. Quand le début est brusque on a noté dans un nombre considérable de cas, soit un frisson violent et unique, soit

1. Rédigé par M. Durand.

une série de petits frissons. En même temps que ces frissons on constate une élévation de température, variant de 38 à 41 degrés. La température peut demeurer élevée, mais en général il y a des rémissions matutinales, surtout dans les cas où la nature de l'affection est douteuse et semble exclure l'idée d'une scarlatine. En même temps, et comme l'ont dit, Malfatti, Olshausen, Senn, Mac-Clintock, se développe un malaise général très pénible, parfois insupportable (Boxall). Il peut exister du délire, mais il convient d'ajouter que les formes méningitiques sont exceptionnelles dans la scarlatine puerpérale. Le visage est rouge, congestionné, et comme enflammé ; la soif est vive, l'appétit nul. L'insomnie est la règle. Dans beaucoup de cas, et cela sans doute en raison de la débilitation générale de l'organisme, la maladie prend la forme typhoïde, même dans les scarlatines bien confirmées. La malade immobile dans le décubitus dorsal, semble très déprimée et tout à fait indifférente au monde extérieur. Elle est ainsi plongée dans une sorte de torpeur d'où rien ne peut la sortir. N'est-ce pas là le tableau d'une fièvre typhoïde au quatrième septenaire ?

Nous avons recherché et relevé à travers nos observations tous les cas d'angine. Elle n'existait que dans un quart des cas environ. Le plus souvent elle est légère, pultacée, et ne déterminant que fort peu de dysphagie. Malgré cela les ganglions du cou ont été trouvés tuméfiés, même dans les cas où il n'existait que peu de congestion et de gêne au niveau du pharynx.

Dans quelques cas, comme celui qui nous est personnel par exemple, l'angine peut être très violente et franche-

ment scarlatineuse. Il en est de même dans les observations de Martin et de Brown.

Eruption. — Tantôt très précoce, tantôt elle ne se manifeste qu'après trois ou quatre, cinq et six jours. Dans ce dernier cas nous devons nous tenir sérieusement en garde contre l'idée d'une scarlatine. L'érythème peut être franchement scarlatineux, très intense et très généralisé. Parfois il prend une teinte livide de très mauvais augure. En certains points la congestion est telle qu'il se produit des ecchymoses sous-cutanées.

A côté de ce tableau clinique en voici un autre tout différent : ici l'érythème est peu caractéristique, simulant en certains points l'érythème morbilleux, ou l'érythème simple.

Ces éruptions commencent au niveau du tronc, surtout du côté du bas-ventre, envahissant dans les membres le côté de la flexion et les faces internes. Ces localisations n'ont rien de spécial à la scarlatine, attendu qu'on les retrouve dans nombre de toxicodermies, et d'éruptions d'origine manifestement septique. Braxton-Hicks, Olshausen ont fait remarquer que bien souvent l'érythème se généralise beaucoup plus vite que dans les cas ordinaires. Cet érythème, dans une observation de M. Lucas-Championnière, s'est manifesté à sept reprises différentes, et trois fois dans une autre observation due à M. Champetier de Ribes. Le même fait a été signalé par d'autres auteurs. Rien de semblable n'a été relevé pour les érythèmes vraiment scarlatineux. On a bien signalé quelquefois une récidive, mais c'est très rare.

Pendant ce temps les phénomènes généraux évoluent

et s'exaspèrent au moins dans la généralité des cas. Il peut se faire aussi des manifestations morbides locales que l'on ne rencontre pas d'ordinaire dans la scarlatine. Ainsi dans bon nombre de cas nous avons noté, dès le début, l'injection de la face qui est le siége d'un érythème simple, de la rougeur conjonctivale, du larmoiement, du coryza, et les autres manifestations d'une bronchite légère, si bien qu'on pourrait se croire en présence d'une rougeole plutôt que d'une scarlatine.

État du tube digestif — Outre quelques phénomènes stomacaux de peu d'importance, tels que des nausées et des vomissements, il survient une diarrhée qui peut devenir très abondante, ainsi que cela s'observe si souvent dans les infections septiques. On sait par contre que chez l'adulte atteint de scarlatine, la constipation est la règle. Et pourtant nous avons relevé cette diarrhée non seulement dans des faits douteux, mais encore dans des cas où par son origine et la symptomatologie, il nous semble que la scarlatine pouvait être nettement affirmée. Ce phénomène ne vient-il pas plaider en faveur de l'analogie, de la scarlatine avec certaines affections septiques lorsqu'elle évolue dans certaines circonstances? Les conditions spéciales dans lesquelles se trouve la femme ne sont sans doute pas étrangères à ce mode d'évolution des microbes de la scarlatine, et contribuent peut-être à lui donner l'allure d'une fièvre traumatique.

Articulations. — Enfin signalons la fréquence des arthrites qui, comme le rhumatisme articulaire, frappent surtout les grandes articulations, les genoux par exemple et se comportent le plus souvent d'une façon bénigne. Ces

manifestations ne plaident en faveur ni de l'une ni de l'autre des deux affections, étant compatibles avec les deux. Dans le cas d'athrite double du genou cité par Renvers, on a trouvé le streptocoque en chaînette, et non les microbes qu'on a décrits jusqu'à ce jour dans la scarlatine.

Reins. — L'albuminurie est moins fréquente qu'on n'aurait pu le supposer, et malgré les cas de Legendre, notre cas personnel et ceux que l'on trouvera dans notre tableau statistique, il ressort de nos recherches que les néphrites graves sont exceptionnelles.

Nous avons vu assez rarement signaler des complications cardiaques, cérébrales ou pulmonaires (bronchopneumonie, œdème, pleurésies).

Etat de l'appareil génital et du péritoine. — Les manifestations morbides de ce côté prennent une grande importance par la signification pathogénique qu'on y peut attacher. Beaucoup d'auteurs, entre autres, Malfatti, Senn, Guéniot, Hervieux, ont signalé l'absence habituelle de toute complication de ce côté. Et cependant tous ces auteurs ont vu et relevé quelques cas de métropéritonite manifestement infectieuse. Lorrain se range à l'opinion des auteurs précédents. Dans les cas de Colson nous trouvons des lésions assez analogues à celles de la fièvre puerpérale, pour que nos soupçons soient éveillés. Les Anglais et les Irlandais ont constaté l'existence assez fréquente de ces lésions. En Allemagne, Olshausen, bien qu'il s'appuie sur l'absence habituelle de complications génitales pour admettre la scarlatine, se voit obligé de reconnaître qu'on

les rencontre pourtant quelquefois. Dans une de ses observations il y eut péritonite manifeste. Dans les observations de Léopold Meyer nous relevons également plusieurs exemples de ces complications. Le plus souvent on constate du côté des organes génitaux une grande sensibilité, sans grande douleur proprement dite, mais telle qu'on la rencontre habituellement dans les infections septiques légères ; les lochies ne sont guère troublées ; et la sécrétion lactée a pu continuer dans certains cas.

Desquamation. — Le plus souvent elle est furfuracée ; quelquefois pourtant elle se fait par larges lambeaux.

MARCHE DE LA SCARLATINE PUERPÉRALE (1)

La marche des symptômes est loin d'être identique dans tous les cas dont on trouvera les observations à la fin de ce travail. Les faits rapportés par Malfatti ne ressemblent pas à ceux de Senn, ni ces derniers à ceux de Guéniot ou de Hervieux. Même différence entre les cas de Olshausen et de Léopold Meyer. En Angleterre comment établir une comparaison entre les cas de Brown et ceux de Braxton-Hicks, qui se terminèrent le plus souvent d'une façon si funeste. Entre des formes très légères et des formes d'une excessive gravité prennent place tous les intermédiaires. C'est en outre une affection pleine de surprises, à changements brusques, à complications imprévues, en sorte que le pronostic peut varier d'un moment à l'autre. Ceci s'observe plus souvent dans les cas d'origine probablement septicémique, mais aussi cependant dans les scarlatines authentiques survenant dans les suites de couches, par exemple dans la première observation de Legendre. Un fait à relever, c'est, quelle que soit l'issue de la maladie, *sa lenteur excessive.* Aussi dans beaucoup de cas, relatés par Léopold Meyer et par d'autres écrivains, nous avons noté des convalescences de trois, quatre et même cinq mois.

La misère antérieure de beaucoup de ces malades et l'épuisement amené par le travail, expliquent, dit Lucas-

1. Rédigé par M. Durand.

Championnière, cette lenteur de la marche, mais pas dans tous les cas. Il faut y joindre encore l'action du poison morbide qui, peut-être en raison des conditions dans lesquelles il s'est développé, fait sentir son action d'une manière toute spéciale.

PRONOSTIC DE LA SCARLATINE PUERPÉRALE

Le pronostic a été formulé d'une façon très diverse par les différents auteurs qui se sont occupés de la scarlatine puerpérale. Malfatti, le premier qui nous ait laissé des matériaux utilisables sur ce sujet, dit que l'épidémie de scarlatine qui frappa les nouvelles accouchées de la Maternité de Vienne, fut très meurtrière, puisqu'elle entraîna la mort de presque toutes les femmes qui en furent atteintes. Senn qui se fit l'historien de la célébre épidémie survenue à la Maternité de Paris en 1825, nota aussi de nombreux décès chez les malheureuses qui en furent frappées. Helm soutient la même opinion, ainsi que Denham, Mac Clintock, Halahan.

Mais en 1861 Guéniot remarque que les accidents d'apparence scarlatineuse se comportent d'une façon tout particulièrement bénigne, aussi cette bénignité est-elle une des raisons pour lesquelles il rejette l'idée de scarlatine et se rattache à l'ancienne doctrine de fièvre miliaire. Nous ne constatons aussi qu'un décès chez les malades de M. le Dr Lucas-Championnière. Les résultats sont déjà un peu moins bons dans les cas rapportés par M. Hervieux dans l'*Union médicale* de 1866, et cependant Hervieux combat l'opinion de Mac-Clintock, Senn, Malfatti et Trousseau sur la nature essentiellement maligne de l'affection. La scarlatine chez les nouvelles accou-

chées n'est pas, suivant lui,. d'un pronostic plus défavorable que chez les autres sujets. Un peu auparavant Brown avait publié dans le *Britih médical journal*, six observations de scarlatine puerpérale, s'étant toutes terminées par la guérison. En 1870, Besnier se montre moins confiant qu'Hervieux dans son rapport sur les maladies épidémiques à la Société Médicale des Hôpitaux. Il fait remarquer que, contrairement aux assertions de Guéniot, plusieurs cas se sont terminés par la mort. Lors des fameuses discussions qui eurent lieu en 1875 à la Société Obstétricale de Londres sur la nature de la fièvre puerpérale, on signale à côté de nombreuses guérisons un certain nombre de décès qui montrèrent que les accidents de ce genre sont loin d'être toujours bénins. On fit ressortir qu'il en était surtout ainsi quand la scarlatine frappait les organes génitaux et prenait un aspect septicémique.

Olshausen, Martin, tout en ne professant pas une opinion absolue sur le sujet, considèrent la scarlatine comme d'un pronostic grave chez les nouvelles accouchées. Legendre dans la thèse inspirée par Siredey, dit que le pronostic dépend surtout des complications. Siredey soutient que la terminaison peut se faire d'une façon fort variable, mais qu'on aurait tort de se montrer trop pessimiste ; le génie épidémique, les complications surtout sont les indices sur lesquels doit s'appuyer le pronostic. Dans beaucoup de cas la scarlatine authentique évolue avec un caractère aussi bénin que chez n'importe quel autre malade. Léopold Meyer a constaté dans l'épidémie, qui éclata à la Maternité de Copenhague en 1887, un

certain nombre de décès. Mais il n'est pas excessif, puisque trois décès seulement sur 21 cas de scarlatine se sont produits. Boxall pense également que beaucoup de cas se terminent par guérison ; néanmoins pour lui cette affection est toujours une complication dangereuse des suites de couch s. Ce sont les résultats statistiques auxquels nous sommes arrivés en groupant ensemble toutes nos observations et en les étudiant au point de vue de la terminaison. On voit que le pronostic en général n'est pas très défavorable. Mais suivant nous, ce n'est pas du chiffre habituel de la mortalité qu'il faut surtout se préoccuper, mais du tableau clinique que l'on a sous les yeux. Il suffit, en effet, de parcourir notre historique pour voir que si les idées des auteurs diffèrent entre elles, c'est parce qu'ils n'ont pas assisté à des faits comparables entre eux. Tantôt les accidents d'apparence scarlatineuse se montrent avec une remarquable bénignité, telle qu'on la constate dans beaucoup d'épidémies de scarlatine éclatées sur le continent, tantôt au contraire la forme est décidément mauvaise et rappelle les épidémies les plus terribles. Cette divergence de résultats peut se montrer aussi bien dans les cas où il s'agit sans conteste de scarlatine véritable que dans ceux où l'absence d'épidémie au dehors, de contagion dans les salles et la marche de la maladie semblent faire pencher plutôt le diagnostic en faveur d'une fièvre puerpérale. L'absence d'angine, un érythème douteux et une desquamation furfuracée ne permettant guère de songer à autre chose qu'à une infection puerpérale, avec détermination érythémateuse. Rien du reste d'extraordinaire à cela : la

fièvre puerpérale nous a accoutumés aussi bien que la scarlatine à ces surprises, et à l'heure actuelle on connaît bon nombre de cas où la fièvre puerpérale s'est comportée d'une façon très bénigne.

Il n'est pas toujours permis de conclure d'après les premiers jours à l'issue probable de l'affection. Malfatti avait déjà noté qu'une scarlatine qui semblait au début devoir être très bénigne, tournait subitement fort mal et se terminait par la mort. Nous avons relevé des faits semblables dans les cas, de Senn, Hervieux, Legendre, et même Léopold Meyer. Il faut donc être assez réservé sur le pronostic tout au début de ces accidents d'apparence scarlatineuse. Plus tard, si l'état général est resté bon, le pouls régulier, si l'on a noté l'absence de diarrhée et de complications rénales, si enfin la fièvre ne s'est pas exagérée, l'on doit augurer favorablement de la terminaison de la maladie. Les complications génitales sont toujours un phénomène grave, même quand on a toute raison de croire à une scarlatine vraie. N'avons-nous pas, en effet, expliqué plus haut que les processus nécrosiques de cette pyrexie exanthématique exposent à des infections secondaires septiques fort graves? Nous croyons donc que dans ces cas une antisepsie rigoureuse peut être fort utile pour prévenir une issue fatale.

Les complications rénales sont le plus souvent insignifiantes. Toutefois notre observation personnelle et notamment celles qui ont été recueillies dans la thèse de Legendre, montrent que les altérations rénales non seulement peuvent devenir la source de graves accidents, mais aussi peuvent amener la mort, soit dans le cours de l'af-

fection, soit même longtemps après, lorsque la néphrite ne guérit pas.

Il faut se défier des diarrhées, principalement de celles qui sont profuses. Elles indiquent presque toujours une altération grave du sang et de l'organisme. Quant aux complications articulaires assez fréquentes, notamment dans les cas observés par Meyer, elles ne permettent pas de porter un pronostic, car le plus souvent les malades qui en étaient atteintes n'en ont pas moins guéri (Léopold Meyer).

Mais quand même l'affection se termine favorablement, il ne faut pas oublier un fait que nous nous sommes efforcés de mettre en lumière lorsque nous avons étudié la marche des accidents ; nous voulons parler de la lenteur de la guérison. La convalescence dure souvent de 2 à 3 mois.

DIAGNOSTIC DE LA SCARLATINE PUERPÉRALE (1)

Une première cause d'erreur, et sur laquelle il convient d'insister, prend sa source dans les injections de sublimé, produisant une toxicodermie hydrargyrique. On sait, en effet, que le mercure peut déterminer du côté de la peau des éruptions qui dans certains cas simulent soit l'érythème rubéolique, soit l'érythème scarlatineux. Voici d'après les dermatologistes les plus autorisés le moyen de reconnaître la nature de ces éruptions. Cet érythème apparaît irrégulièrement; il n'est point identique à lui-même dans toute son étendue : rubéolique par places, il peut être simple ou scarlatineux dans d'autres. Il se localise souvent en des endroits insolites, par exemple aux cuisses et aux coudes. Il n'a pas l'évolution cyclique de l'érythème scarlatineux vrai. La desquamation se fait non par plaques, mais en une poussière fine. Pourtant elle n'est pas toujours furfuracée, et il nous souvient d'un cas à l'hôpital du Midi où la peau s'est desquamée par larges lambeaux. Les anamnestiques, l'absence de fièvre et de symptômes généraux, la présence d'une stomatite mettront sur la voie du diagnostic.

La rougeole a été signalée quelquefois dans les suites de couches. Les manifestations catarrhales du côté des muqueuses oculaires, nasales et bronchiques, permettront de la distinguer de la scarlatine. Néanmoins nous avons

1. Rédigé par M. Durand.

relevé dans plusieurs des observations par nous citées, du larmoiement, du coryza et de la toux. Mais d'une part la rougeole est très rare dans les suites de couches, d'autre part il y a entre l'érythème des deux maladies des différences caractéristiques sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Dans certains cas à forme tout à fait adynamique, on pourrait penser à une dothiénentérie, ou à une de ces formes de typhus exanthématique signalée pas les auteurs, mais outre que ces cas sont très rares, on aura une tendance naturelle à penser qu'il s'agit de septicémie à caractère typhique. D'ailleurs les complications génitales viendront trancher la question.

Nous arrivons au point délicat de la question et l'on peut se demander si toute la sagacité du praticien le plus habile suffit à la résoudre. Nous voulons parler du diagnostic différentiel entre la scarlatine vraie et les infections puerpérales la simulant. D'un côté comme de l'autre il peut y avoir absence de lésions dans le système génital. Du reste, si ces lésions existent on peut les attribuer (Playfair, Renvers) à la pénétration du poison scarlatineux par les plaies génitales. Enfin, les formes frustes de la scarlatine viennent encore compliquer la question. L'étiologie doit être prise en sérieuse considération. Le milieu dans lequel la malade vit, ou a vécu, est-il manifestement infecté par la scarlatine ou par la septicémie franche ? C'est là un point important à établir. Nous avons trouvé, entre autres dans les observations anglaises, plusieurs cas où la contagion était évidente, et qui mieux est, où il y avait eu transmission de la maladie de l'accou-

chée aux personnes de son entourage. Ce dernier détail est noté dans une observation de Cummins, et dans quelques-unes des observations de Legendre.

La scarlatine conférant l'immunité, l'existence ou la non existence d'une scarlatine antérieure, est un anamnestique de la plus haute valeur. On a bien signalé quelques récidives, mais elles sont très rares (Renvers).

Quant aux éléments fournis par la clinique nous croyons pouvoir les résumer ainsi : la septicémie à forme scarlatineuse est moins fréquemment compliquée d'angine, elle a une marche plus irrégulière que la scarlatine, elle est plus susceptible de récidives, récidives parfois nombreuses, comme dans les observations que nous empruntons à MM. Lucas-Championnière et Champetier de Ribes.

Les complications génitales, quelqu'atténuées qu'elles soient, y sont plus fréquentes. L'érythème est moins caractéristique, quelquefois morbilleux par places ; sa desquamation se fait par moins larges lambeaux, quand elle n'est pas presque furfuracée. Enfin les complications rénales, bien que pouvant exister dans la septicémie, sont plutôt l'apanage de la scarlatine.

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE PUERPÉRALE (1)

La médication étant demeurée jusqu'à ce jour, purement symptomatique, c'est assez dire que nous ne pouvons pas formuler un traitement s'appliquant à tous les cas. Aux cas légers, le repos et la diète lactée qui, en prévision des complications rénales, s'il s'agit d'une scarlatine, ou si le diagnostic est hésitant, devra toujours être instituée. Si la fièvre est intense elle pourra être combattue par les antithermiques, en particulier le sulfate de quinine qui doit être employé à haute dose (1 gr. 50), et qui agit comme antithermique, antiphlogistique et antifermentescible. On fera l'antisepsie intestinale avec le Naphtol B à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Enfin dans les cas graves, avec hyperthermie, comme Cummins et Léopold Meyer en ont cité, on pourra recourir, et cela avec efficacité, aux bains froids. Comme dans toute maladie infectieuse, l'organisme sera soutenu et stimulé par les préparations alcooliques.

Mais si nous ne possédons pas le traitement spécifique de ces maladies infectieuses, nous connaissons du moins leur prophylaxie. Il est à peine besoin de dire aujourd'hui que l'antisepsie et l'isolement devront être rigoureusement pratiqués, aussi bien dans les cas de scarlatine franche que dans ceux de fièvre puerpérale à apparence scarlatineuse.

1. Rédigé par M. Durand.

Nous sommes loin de prétendre que toutes les observations ci-jointes soient de la scarlatine : c'est le contraire qui est probablement vrai, mais nous avons voulu mettre toutes les pièces du débat sous les yeux du lecteur, c'est à lui à juger. Nous ne retenons guères comme scarlatine véritable que notre observation personnelle, ceux de Brown, quelques-uns des cas de Legendre, ceux de Léopold Meyer, ceux d'Olshausen.

Observation I (inédite) (1).

Cette observation résumée nous a été communiquée par M. le Dr Maygrier.

Mme D..., accouchée à terme, le 5 novembre 1886 d'un enfant bien conformé et vivant.

Le 3 novembre. — Il y avait eu rupture prématurée des membranes. L'accouchement et les suites de couches se passent normalement jusqu'au 18 novembre.

Le 18 novembre au soir. — La malade a des frissons et se plaint d'un mal de gorge. — Angine pultacée.

Le 19. — Éruption scarlatiniforme.

Le 20 au matin. — La scarlatine est confirmée, mais 36 heures plus tard l'éruption avait considérablement pâli, presque disparu. Puis elle revint. Il y eut ainsi plusieurs intermittences successives.

Le 22. — La sécrétion lactée s'arrête ; d'ailleurs l'état de la malade ne lui permettrait pas de donner le sein à son enfant. Urines légèrement albumineuses.

A partir de ce moment la desquamation se fait par très petits

1. Thèse de M. Durand.

lambeaux, de la largeur d'une pièce de vingt centimes environ.

8 décembre. — La malade est guérie.

Le médecin traitant soignait en même temps un enfant qui avait la scarlatine.

Observation II (inédite) (1).

Communiquée par M. le Dr Maygrier.

La nommée T..., 25 ans, blanchisseuse, primipare, entre à la Clinique le 21 février 1883.

Le 3 mars. — Elle accouche d'un enfant à terme et bien portant. Accouchement et délivrance normaux.

Le 11 mars. — La malade a eu un frisson cette nuit avec douleur de reins.

Le 12 mars. — Ce matin temp. 41°,4. Violente céphalalgie, sueurs abondantes. Eruption scarlatiniforme sur le thorax et l'abdomen. Lochies un peu fétides. Douleurs du sein droit. Gerçures. Envies de vomir.

Traitement : 0 gr. 70 de sulf. de quinine.

Injection d'eau chloralée.

Le 13 mars. — La température est toujours très élevée, surtout le matin. M. 41°,2. S. 38°,6.

Frissons suivis d'une transpiration abondante, violente céphalalgie. Douleurs dans la nuque.

Un vomissement de glaires verdâtres à 4 heures du soir.

Le 14 mars. — Temp. du M. 42°,2. S. 41°.

Insomnie. La malade se plaint d'un peu de douleur dans le ventre. La pression un peu forte du côté gauche détermine

1. Thèse de M. Durand.

une douleur vive. Douleur vive au niveau de la nuque. Céphalalgie.

Traitement : 0,70 cent. de sulfate de quinine.

Injection d'eau chloralée et cataplasme sur le ventre.

Le 17 mars. — M. 40°, S. 39°.

Eruption miliaire très abondante sur toute la surface du corps.

Depuis douleurs dans les deux côtés du ventre. D'abord empâtement du cul-de-sac droit, puis plus tard empâtement du cul-de-sac gauche. La malade a eu successivement sept vésicatoires sur le ventre. Le côté droit est devenu indolore.

Le 20 avril. — Il y a toujours sensibilité et un peu de douleur du côté gauche. Mais la fièvre a complètement tombé.

Le 23 avril. — La malade veut sortir, bien que non guérie.

Observation III (inédite). (1)

(Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Tarnier d'avoir pu relever cette observation dans les *Bulletins de la clinique d'accouchement*).

Femme C. J.., 20 ans. Primipare. Accouche le 21 avril 1883 : accouchement et délivrance normaux.

Le 23 avril. — Dans l'après-midi, frisson intense suivi de chaleur et de douleur dans le ventre. Le lendemain et le jour suivant amélioration.

Le 27 au matin. — Temp. 40°,8. Pas de douleur dans le ventre.

Le 29. — Quelques douleurs dans les fosses iliaques et diar-

1. Thèse de M. Durand.

rhée abondante. Lochies fétides. Injection chloralée. Diarrhée continue.

Le 2 mai. — La diarrhée est arrêtée.

Le 3. — Frisson à 4 heures du matin assez fort. M. Pouls = 116. Temp. 41° .S. Temps. 40°. Eruption de taches rosées papuleuses sur la face antérieure des avant-bras, sur la poitrine et un peu aussi sur la face interne des cuisses. Sur le ventre, rougeur plus diffuse, avec de véritables plaques réunies (aspect scarlatiniforme). Eruption miliaire produite par le cataplasme. Langue blanche, un peu sèche. Soif vive.

Le 4 mai. — L'éruption s'est accentuée sur le thorax, sur les avant-bras et sur les cuisses ; elle a pris les caractères de la scarlatine ; plaques rouges saillantes avec pointillé par places (sur le haut du thorax il y a des taches blanches entourées d'une auréole rouge. Le bas-ventre est aussi envahi par une rougeur diffuse. Rien à la face).

Matin : P. = 121. T. = 37°5. Soir. P. = 96. T. = 39°2.

Le soir l'éruption a pâli déjà beaucoup, sauf sur les cuisses où elle est encore très marquée. La diarrhée a reparu assez abondante.

Le 5 mai. — L'éruption a pâli beaucoup, mais reste très nette sur les cuisses et les jambes où l'on distingue très bien les taches rosées.

La diarrhée diminue beaucoup. Le ventre est encore douloureux à la pression sur les côtés de l'utérus. M. P. 86°. T. = 38°2.

Le 6 mai. — Les parties antérieures et internes des cuisses ont encore une teinte rouge assez nette. La malade se plaignait depuis quelques jours de démangeaisons à la vulve. On constate un léger œdème des petites lèvres. Au toucher du côté gauche, empâtement dur et mamelonné, s'étendant jusqu'à la partie antérieure. Du côté droit, masse indurée et également bosselée.

Par le palper et le toucher combinés, l'utérus est difficile à mobiliser. Il remonte à cinq travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le palper seul donne la sensation d'ue tumeur dure du côté droit. Etat général bon. T. = 37°.

Le 7 mai. — Nouveau frisson à 6 heures du matin. Matin T. = 40°. Soir T. 39°,4.

Le 8 mai. — La nuit a été bonne et l'état général est sensiblement amélioré. Les traces de l'éruption ont totalement disparu. T. = 38°.

Partie à l'Hôtel-Dieu le 13 juin 1883.

Observation IV (inédite) (1).

Communiquée par M. le Dr Guéniot.

La nommée R... C..., âgée de 20 ans, domestique, primipare, entre à la Clinique chirurgicale de la Faculté le 24 janvier 1864.

25 janvier, 10 heures et demie du matin. — Accouchement spontané en présentation du sommet, après 12 heures de travail. Enfant mâle 3010. Dernière menstruation du 5 au 12 ou 13 mai. Pas d'accidents pendant la grossesse. Longueur du cordon 1 mètre. Un circulaire autour du cou.

Apparition des premières douleurs le 24 janvier à 10 heures du soir. Dans la journée du 23, vers midi, pendant qu'elle travaillait à ses occupations habituelles, écoulement soudain de liquide, en même temps que douleur légère éprouvée toute la journée comme prélude de l'accouchement. Au toucher le soir du 24, je ne trouvais pas encore le col effacé, et l'orifice interne ouvert. L'écoulement de liquide persistait. La dilatation fut complète le lendemain 25 à 9 heures du matin, et l'accouchement

1. Thèse de M. Durand.

eut lieu une heure et quart plus tard, c'est-à-dire à 10 heures 15 minutes.

Délivrance naturelle. — Une poche d'eau se forma cependant pendant le travail, laquelle se rompit dix minutes avant la terminaison de l'accouchement. A eu de fortes tranchées utérines pendant la nuit du 25 au 26 janvier.

30 janvier. — Porte depuis cette nuit une éruption scarlatiniforme sur la poitrine, et quelques plaques disséminées sur les fesses, avec quelques rares vésicules miliaires ou plutôt des élevures miliaires. A eu chaud cette nuit, avec une légère transpiration, et sentiment de chaleur sur le devant de la poitrine. Pas de frisson, ni de sentiment de froid préalable. N'a pas dormi, apyrexie, peau bonne, pas de mal de gorge, un peu de céphalalgie ce matin, lochies encore notables, un peu fétides. Femme sanguine et bien constituée, ayant des seins bien faits et une abondante sécrétion laiteuse. Quelles fièvres éruptives a-t-elle eues? Ni variole, ni rougeole, ni scarlatine, ni affection cutanée.

L'éruption est très marquée et caractéristique dans toute l'étendue du dos (pointillé scarlatiniforme), langue très légèrement blanchâtre, inappétence, soif assez vive, pouls à 64, avec caractères normaux, pas de mal de gorge.

Pas trace d'albumine dans l'urine. Cette femme a été jusqu'ici merveilleusement bien. Pas d'éruption sur l'abdomen, ni sur le visage, ni sur les membres supérieurs, ni sur les mains. Quelques traces sur les cuisses et comme en petites plaques.

Cette éruption est formée par un pointillé rouge, tout à fait scarlatiniforme, s'effaçant momentanément sous le doigt, en partie seulement, c'est-à-dire le fond rosé entièrement et le pointillé incomplètement. Le vrai siège de l'éruption est jusqu'ici la face antérieure de la poitrine jusqu'à la ceinture y comprise, puis la face postérieure du tronc dans toute son

étendue où l'éruption offre le pointillé caractéristique, mais non confluent. Les yeux sont un peu douloureux par suite d'une sensation de picotement depuis cette nuit. Soir 66 pulsations. L'éruption scarlatinoïde est plus intense et plus étendue sur la face antérieure de la poitrine qu'elle recouvre entièrement, les seins y compris (du cou à la ceinture). L'éruption est beaucoup moins sensible à la face dorsale du tronc, beaucoup moins apparente que ce matin. Encore de la céphalalgie. Toux très légère.

Questionnée de nouveau sur l'état de la peau les jours précédents, la malade qui est très intelligente répond nettement qu'elle n'a pas éprouvé de sueurs, à part cette légère transpiration de la nuit dernière pendant laquelle l'éruption se produisait. Elle n'a pas non plus éprouvé de frissons, ni de refroidissement. Depuis le troisième jour de son accouchemnet elle mange deux portions, et ne prenait rien autre chose, pas de médicament, pas d'opium. Encore du picotement dans les yeux.

Les seins sécrétent très abondamment; la femme peut facilement allaiter deux enfants. Les mamelons volumineux sont gercés, et depuis deux jours très douloureux. L'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

L'appétit, presque nul ce matin, lui est revenu ce soir. Mais la soif persiste. Pas de mal de gorge.

Cette femme est placée à côté d'une femme (nº 17) enceinte, atteinte d'une varioloïde extrêmement discrète. En ce moment règne dans le service une épidémie de varioloïde (sans gravité).

31 janvier. — 64 pulsations. Éruption fleurie sur la poitrine comme hier, un peu plus apparente à la face dorsale du tronc et très marquée sur les fesses où l'on remarque des points rouges un peu saillants et de l'étendue d'une tête d'épingle. Quelques légères élevures très apparentes disséminées sur tous les points où il y a éruption et mêlées à l'éruption elle-même dont elles forment un élément. Ces élevures rouges, comme papuleuses, et

quelques-unes vésiculo-papuleuses, deviendront sans doute pustuleuses. Langue blanche. Picotement persistant dans les yeux, qui cependant ne sont pas rouges ni congestionnés, ni même larmoyants. Pas de coryza. Encore de la céphalalgie ce matin en voie de se dissiper.

1er février. — L'éruption rouge disparaît, a diminué notablement, et l'on observe quelques très petites pustules disséminées. Le bout des seins est très rouge, enflammé et excessivement douloureux. Céphalalgie persistante et apyrexie. Cette femme s'émeut vivement à la visite de ce qu'on lui déclare, qu'ayant les mamelons gercés et d'ailleurs mal conformés, elle ne peut pas ambitionner d'être nourrice. Elle en pleure de contrariété.

Soir. — Cette femme a pleuré une partie de la journée, et à ma visite je la trouve en sueurs, le visage congestionné, le pouls à 112, n'ayant pu donner, à cause de l'excès de la douleur, le sein à son enfant. L'éruption scarlatiniforme est en décroissance et tend à s'éteindre.

2 février. — 84 puls. Se plaint de douleurs du côté gauche (hypocondre). Toux de bronchite. L'éruption est très apparente encore, quoique très diminuée. Langue blanc jaunâtre, un peu de céphalalgie. Quelques très petites pustules miliaires existent sur la face antérieure de la poitrine. L'éruption a disparu à la face dorsale du tronc. Garde-robes normales. A transpiré pendant toute la nuit comme hier soir. Soif assez vive. Pas d'appétit. Gerçures du mamelon douloureuses jusqu'à la défaillance.

Soir. — Se plaint de bourdonnements d'oreille. Les picotements persistent dans les yeux sans lésion apparente. Eruption encore persistante sur la poitrine. Pas d'angine. Pas de coryza. Langue blanche. Soif vive. Inappétence incomplète. Lochies presque taries. Seins encore très douloureux. Urine nuageuse, mais normale et sans albumine.

3 février. — L'éruption est presque complètement éteinte. A la

rougeur peu distincte aujourd'hui a succédé quelques petites pustules miliaires en très petit nombre. Va assez bien.

4 février. — Va très bien. Apyrexie. L'éruption est remplacée par quelques petites pustules miliaires purulentes, à base rouge. Pas de rougeur ni de dépouillement de la langue. Pas de phénomènes de scarlatine.

L'enfant vacciné le 26 janvier ne porte à chaque bras qu'une seule pustule. Celle du bras gauche est notablement plus large et plus avancée que celle du bras droit. Cette dernière est très belle cependant, ombiliq ée, mais ne présente encore nulle trace de dessication, tandis que la gauche est brunâtre et se dessèche au centre. Cet enfant légèrement malade, ne tétant plus que difficilement, présente en outre une éruption de petits points ou papules rouges, disséminées sur les diverses parties du corps, même sur le visage.

5 février. — L'enfant est de plus en plus malade. Ne veut pas téter. L'éruption de la veille est moins apparente ou même disparue, et les membres, ainsi que le front, s'indurent, se sclérémisent. Mère va bien, n'a plus d'éruption, mais souffre du sein gauche engorgé en dehors et très douloureux. Son urine, assez fortement colorée, dépose abondamment une matière blanchâtre, non filante, puriforme, mais non purulente, provenant peut-être des écoulements vaginaux, l'urine n'ayant pas été extraite avec la sonde. Cette urine ne renferme pas d'albumine.

6 février. — L'enfant est m rt ce matin. Hier soir il était partout induré, mais surtout à la face, où la pression du doigt trouvait sur le menton une résistance analogue à celle que donne du bois. En même temps, peau rouge. Cris faibles et ne tète plus. Mère bien.

Autopsie de l'enfant. — Rien de morbide, si ce n'est : 1° quelques parties du poumon gauche qui avaient mal respiré et qui crépitaient peu ou point (cette lésion pulmonaire n'était pas

assez profonde, ni assez étendue, ne comprenant guère que 1/4 de la masse pulmonaire, pour déterminer la mort par elle-même). 2° induration du tissu graisseux sous-cutané de la face, joues et menton principalement (sclérème partiel). Les autres parties du corps n'étaient pas affectées de la même induration ; 3° Une injection, ou plutôt une congestion ecchymotique de tout le mésentère, sans épanchement anormal dans tout le péritoine. Le crâne n'a pas été ouvert.

7 février. — La malade va très bien, à part l'engorgement douloureux des seins, surtout du sein droit. L'épiderme de la face antérieure de la poitrine se desquame en petites lamelles. Pas d'albumine dans l'urine. Flux lochial nul depuis deux ou trois jours. Commence à perdre un peu de sang le soir. Elle s'est levée aujourd'hui une demi-heure pour la première fois, et n'a pas marché. L'écoulement de sang a commencé très peu pendant qu'elle était levée. Je prescris : cataplasme féculent sur les seins qui seront soutenus. Huile de ricin, 15 grammes. Au lieu de deux portions une seule

Soir. — Céphalalgie. Desquamation de l'épiderme à la face antérieure de la poitrine.

8 février. — Va bien, à part la douleur d'engorgement du sein droit. Desquamation abondante aux hypocondres et aux flancs, moindre à la face antérieure de la poitrine ; au visage et à la face postéro-interne des cuisses, soupçon de desquamation. Celle de l'hypocondre se fait par lamelles, larges comme des pièces de 0,20 centimes pour quelques-unes. La langue reste pâle et ne se desquame point. Appétit diminué. Langue blanche, large, humide, 65 pulsations. Souffre toujours du sein qui est enflammé. La desquamation continue. La céphalalgie a disparu. Continue à perdre son sang en quantité notable, qui forme sur la chemise de larges taches bien rouges, bien qu'elle

ne se soit levée ni le 7 février, ni le 8 février. L'urine limpide ne renferme pas d'albumine.

10 février. — La desquamation continue par larges plaques comme des pièces de 0,50 et de 1 franc sur les flancs et aux hypocondres, un peu au visage dans le dos et les cuisses à leur partie supérieure. Langue blanche non expoliée, va bien. Apyrexie. Le sein droit est encore douloureux, mais en meilleur état. Continue à perdre du sang pur en quantité égale à la moitié d'une menstruation ordinaire. Pas de douleurs lombaires ou utérines concomitantes. Utérus peu perceptible à la palpation hypogastrique, vu sa rétraction et la fermeté des parois de l'hypogastre, se trouve bien d'ailleurs.

12 février. — Continue de perdre, comme les jours précédents, du sang pur liquide, avec de petits caillots. Douleur lombaire.

L'utérus est bien rétracté et disparaît dans l'excavation. Eprouve depuis une huitaine de jours une légère douleur à la pression de la partie inférieure de la fosse iliaque gauche.

Soir. — 88 puls. Un peu de malaise. Continue de perdre du sang. Pas de frisson ni de céphalalgie. Douleur assez vive à la pression au niveau de l'ovaire gauche.

14 février. — Continue de perdre encore du sang, un peu moins pur peut-être, et, paraît-il aussi, en moindre abondance. P. = 88. La douleur augmente dans la région de l'ovaire gauche où l'on perçoit une sorte de léger empâtement. La moindre pression y est douloureuse. Desquame encore. Pas d'albumine dans l'urine.

15 février. — Va bien et demande sa sortie. Cependant l'écoulement sanguin quoique diminué, n'est pas encore complètement fini, et la douleur iliaque gauche, quoique moindre, n'a pas complètement disparu. La malade s'est toutefois levée hier et n'en a point souffert. Apyrexie. Va bien. Enfant mort.

Observation V (inédite) (1).

Cette observation qui nous a été communiquée par M. le D[r] Guéniot, a été recueillie par M. le D[r] Michou, ancien interne des hôpitaux.

Le 11 août 1860, me trouvant à Estissac (Aube) chez un confrère, je suis appelé à voir à 9 heures du matin, à Neuville-sur-Vannes, M[me] M..., femme enceinte de 9 mois, laquelle depuis 3 heures du matin éprouvait des douleurs lombaires.

M[me] M.... est âgée de 20 ans, grande, d'une forte constitution. d'une santé excellente, d'un embonpoint modéré ; teint peu coloré, Sa grossesse a été très bonne, à peine a-t-elle eu quelques vomissements glaireux le matin pendant les premières semaines ; un peu d'œdème des malléoles tous les soirs en rentrant des champs depuis 15 jours seulement. M[me] M.... n'a pas cessé un seul jour de travailler aux champs, le 10 elle s'occupait encore à 8 heures du soir de la rentrée de la récolte. Dans le dernier mois il s'est écoulé du lait par les seins.

Le ventre est très volumineux, fortement proéminent. Le col très élevé dans le bassin et rejeté en arrière, est mou, flasque et nullement dilaté. La malade a été le matin à la garde-robe, elle urine bien ; elle a déjeûné d'une tasse de café au lait. Les douleurs qu'elle ressent sont insignifiantes, reviennent irrégulièrement; cependant la malade s'en préoccupe beaucoup, s'en effraye même. J'annonce que la terminaison du travail n'arrivera pas avant le soir, et je me retire en recommandant de m'appeler si les douleurs deviennent plus intenses.

A midi on m'appelle, les douleurs ayant augmenté à 10 h. 1/2.

1. Thèse de M. Durand.

Le col est dans le même état ; à travers les parois je constate une présentation de la tête. La malade étant couchée, je reconnais par la palpation qu'à droite et un peu au-dessus de l'ombilic il existe une tumeur dure, volumineuse, arrondie, et qu'au niveau de la ligne blanche il y a une dépression ; qu'à droite et un peu plus bas il y a une autre tumeur, moins grosse, bien moins dure, moins volumineuse.

Quoique l'auscultation ne me permette pas de constater l'existence des bruits du cœur fœtal, je n'hésite pas à annoncer que la femme est très probablement enceinte de deux enfants, et je recommande de se procurer en hâte une seconde layette. Le décubitus causant à Mme M... de violentes douleurs lombaires ; elle préfère rester assise ou debout, quoiqu'elle reconnaisse elle-même que ces positions la fatiguent. Les contractions ont lieu régulièrement de 10 en 10 minutes, sont peu énergiques et très douloureuses. Parfois entre deux contractions la malade s'endort d'un sommeil calme. Son visage n'est pas altéré : elle n'a ni nausées, ni frissonnements. La respiration est facile. Le pouls à 72 est régulier et normal. La malade vient d'uriner.

A 2 heures, la tête est fortement engagée ; la dilatation du col à la longue d'une pièce de 2 francs. Les contractions ont les mêmes caractères ; il semble à la malade que son ventre va descendre entre ses jambes. A 6 heures les douleurs deviennent intolérables, je donne à la malade un bain de siège de 3/4 d'heure (il n'était pas possible de se procurer de baignoire). Elle en éprouve un notable soulagement. A 8 heures l'orifice est dilaté, la poche est volumineuse ; tête en première position du sommet. A 9 heures, les contractions cessent complètement et tout d'un coup la malade est dans de bonnes conditions.

Quoiqu'elle soit primipare, je n'hésite pas à lui administrer 0,50 centigrammes de seigle ; quelques minutes après, le travail commence avec lenteur, mais régulièrement. A 10 heures 1/4 je

romps la poche, et il s'écoule une quantité modérée de liquide ; 12 à 15 minutes après, une quantité à peu près égale s'écoule de nouveau, et ainsi de suite de quart d'heure en quart d'heure, il s'en écoule par 5 fois. La tête était à la vulve. La femme se trouvait bien. Le travail quoique lent était régulier. J'avais annoncé qu'il allait être terminé en peu de temps lorsqu'à 11 heures environ, 1/4 d'heure après la dernière perte de liquide, la femme cesse de se plaindre ; elle devient tout à coup d'une pâleur mortelle ; elle perd connaissance ; le pouls radial est insensible ; les battements de cœur sont à peine perceptibles ; la respiration est lente, profonde, incomplète. Je m'empresse de faire ouvrir les fenêtres. Je mets la malade dans une position horizontale ; je lui projette de l'eau fraîche au visage ; je lui fais appliquer des sinapismes aux mollets ; je passe du vinaigre sous les narines. Je titille la luette avec les barbes d'une plume. Après quelques minutes, elle ouvre largement les yeux. Le pouls radial redevient perceptible, mais il est lent et très faible. La malade fait de violents efforts de vomissements, et finit par rejeter le café qu'elle avait pris le matin à 8 heures et qui n'était pas digéré :

Cependant la connaissance ne revenait pas. Les idées étaient vagues. Elle ne reconnaissait pas les personnes qui l'entouraient. Un hoquet très pénible était survenu. Je n'avais à ma disposition pour le combattre que de l'eau fraîche. Donnée goutte à goutte, cette eau suspendait le hoquet pour quelques instants. J'avais envoyé demander à Estissac le forceps d'un confrère. A minuit la malade n'avait pas encore entièrement repris connaissance. Une application de forceps nous donne un enfant du sexe masculin, de grosseur moyenne, bien vivant. La main introduite dans l'utérus aussitôt après la section du cordon, constate l'existence d'un deuxième enfant en présentation pelvienne complète. Ce deuxième enfant est amené au dehors. C'est un deuxième

garçon plein de vie, un peu moins gros que le premier (je n'ai pu les peser). A peine est-il né que la mère revient tout à fait à elle. Craignant une hémorrhagie, car l'utérus était resté volumineux, je donne 0,50 de seigle. Vingt minutes après la matrice se rétracte. Les deux placentas sont extraits simultanément. Ils sont indépendants.

La malade avait perdu peu de sang. Elle ne se plaignait que de douleurs vagues dans le ventre, principalement à gauche. Je la mets à sec. Je recommande de ne lui donner que de l'eau sucrée légèrement rougie, si elle demande à boire. J'ordonne de respecter son sommeil dont elle a grand besoin, tout en surveillant au point de vue de l'hémorrhagie, et je la quitte à 1 heure et demie. Elle s'était endormie demi-heure après sa délivrance, aussitôt qu'elle avait été à sec.

Le 12 août, 9 h. du matin. — La malade a presque toujours dormi d'un sommeil tranquille. Le pouls à 72 est régulier, un peu développé. Pas d'émission d'urine. Douleurs dans le ventre à gauche exaspérée un peu par la pression; les annexes de ce côté sont un peu gonflées. Bouillon dégraissé coupé de moitié d'eau. Cataplasme sur le ventre renouvelé toutes les 2 heures sans découvrir la malade.

Le 13. — La malade va très bien, plus de douleurs de ventre; les lochies vont bien, moins faciles à émettre. Pas de selles. Grand lavement d'eau de guimauve. Potage. Eau rougie. Un peu de poulet sans pain.

Le 14. — La malade se dit très bien. La face est rouge. Tout le corps est en moiteur. Le pouls est à 88, large, développé. Les seins sont tendus, fortement développés. Potage seulement. Eau rougie.

Le 15 à 3 heures du soir. — Le père m'appelle en hâte. La femme, dit-il, a cessé d'avoir la fièvre à minuit. Se trouvant très bien ce matin, elle s'est levée à 11 heures malgré ma défense.

Peu d'instants après, elle s'est sentie fatiguée et s'est remise au lit. Elle était rouge sur tout le corps. En effet, je la trouve couverte d'un pointillé rouge très confluent, lequel n'a l'aspect ni de la rougeole, ni de la scarlatine, mais est intermédiaire entre les deux. Le pouls est à 96-100 ; la peau est chaude, la langue est large et blanchâtre ; la malade accuse de la fatigue dans les membres et de la douleur dans les jointures, un peu de mal de gorge et de céphalalgie. Je ne savais que penser de cette éruption que je ne pouvais caractériser. Je me contentais de prescrire une infusion légère de tilleul tiède. Et je restreignais l'alimentation à des bouillons. Pour la nuit je prescris un julep diacodé que l'on donnera à la malade si elle ne dort pas, ou si le sommeil est agité.

Le 16 au matin. — La malade a dormi d'un sommeil un peu agité. Elle s'est souvent éveillée, se plaignant d'être brisée. Elle est dans le même état que la veille. Même prescription.

Le soir, à partir de 3 heures, l'éruption pâlit. A 9 heures, il n'en reste pas de traces, et la malade se dit très bien, quoiqu'affaiblie. Tout s'est ensuite passé le mieux du monde. Quant aux deux enfants allaités par la mère ils vont très bien.

Il n'y a pas eu de desquamation.

Observation VI (personnelle) (1).

Recueillie dans le service de M. le Dr Moutard-Martin.

Mme J..., femme d'un peintre en bâtiments, âgée de 23 ans, entre le 10 juillet 1887, salle des femmes, lit 22, dans le service de M. le Dr Moutard-Martin pour une hydropisie généralisée, principalement aux membres inférieurs et au niveau du bas-ventre. Il y a manifestement de l'ascite. Teinte blafarde, cachexie pro-

1. **Thèse de M. Durand.**

fonde. Rien au cœur, mais on trouve dans l'urine des flo ts d'albumine (soit par la chaleur, soit par l'acide nitrique, soit par les deux moyens combinés).

L'affection remonte à un an, et date, d'après les affirmations de la malade et de son entourage (nous avons particulièrement interrogé sa mère à ce sujet), de ses suites de couches. Le troisième jour qui suivit son accouchement, elle eut du malaise, un peu de fièvre, et une angine violente qui l'empêchait, dit-elle, d'avaler et la faisait beaucoup souffrir. Le surlendemain, rougeur répandue sur tout le corps, et le médecin appelé fit le diagnostic de scarlatine. La maladie évolua vers la guérison. Le mal de gorge était accompagné, paraît-il, de tuméfaction ganglionnaire au cou. La desquamation fut très marquée et se fit aux doigts par grands lambeaux.

La malade ne recouvrit pas ses forces. La convalescence fut pénible et traîna en longueur. Ayant remarqué qu'elle enflait, on fit l'analyse de ses urines et on constata la présence d'albumine dans l'urine. Depuis, l'affection rénale n'a fait que s'aggraver, malgré le régime suivi.

Cette malade succomba 15 jours après son arrivée, malgré les diurétiques, et l'administration d'eau-de-vie allemande. A son autopsie on trouva les lésions caractéristiques du gros rein blanc, c'est-à-dire de la néphrite parenchymateuse.

Ce qu'il est intéressant de noter, c'est qu'au moment de ses couches une petite épidémie de scarlatine régnait dans la maison où habitait cette malade. La maladie frappa notamment l'enfant d'une voisine qui habitait sur le même pallier et venait souvent voir notre patiente.

Observation I (de Senn).

Thèse de Paris, 1825.

L... D..., journalière, âgée de 22 ans, d'une forte constitution,

et d'un tempérament sanguin, réglée depuis l'âge de 17 ans, 10 à 15 jours par mois, habituellement bien portante, entre à la maison d'accouchements le 1er mars 1825 et y accoucha peu après son entrée d'un enfant mâle, né viable et à terme. La délivrance n'offrit rien de particulier, et pendant la nuit suivante cette femme reposa bien et n'accusa aucune douleur. Les lochies s'établirent et tout faisait présumer des couches heureuses, lorsque le deuxième jour, une fièvre intense se manifesta ; il s'y joignit de la céphalalgie, des nausées, des vomissements bilieux et une diarrhée abondante. Peu après la peau présenta des plaques rouges, confluentes, d'une couleur framboisée. La nuit il y eut du délire et de l'agitation. Le troisième jour, transportée à l'infirmerie, voici les symptômes qu'elle nous offrit : face gonflée, vultueuse, conjonctives injectées, peau brûlante, tuméfiée, d'un rouge foncé dans toute son étendue. Cette rougeur disparaît par une pression prolongée pour reparaître dès qu'on la cesse. Pouls 138, 140, développé. Respiration fréquente paraissant un peu gênée. Lèvres et gencives d'un rouge assez vif, langue gonflée, recouverte d'un enduit blanchâtre vers son centre, d'un rouge foncé à ses bords, saveur amère, soif des plus vives, abdomen simple et non douloureux, pesanteur épigastrique. Exacerbation le soir, la nuit agitation, diarrhée abondante, jaunâtre, liquide. Le 4, mêmes symptômes, la sensibilité épigastrique, le sentiment de pesanteur et de resserrement dans la région médiastine, ont augmenté, ainsi que la céphalalgie. Les lochies coulent encore, mais rien n'indique que la sécrétion laiteuse se fasse, diète absolue, quarante sangsues à l'épigastre. Les morsures des sangsues fournirent une assez bonne quantité de sang sans amener cependant un amendement bien marqué. Le soir, je la trouvai avec une soif inextinguible, peau brûlante, d'un rouge foncé, langue sèche, comme rôtie. Dans la nuit, ces symptômes augmentèrent, la respiration s'embarrassa et la malade

succomba à 5 heures du matin le cinquième jour de ses couches et le quatrième jour de la maladie, sans que l'éruption eût le moins du monde pâli.

A l'autopsie, corps vigoureux, musculature développée, forte injection de veines encéphaliques, séreuses humides et transparentes, léger œdème cérébral, plèvres et poumons parfaitement sains, muqueuse des voies aériennes fortement injectée d'un rouge foncé, cœur un peu volumineux; cavités droites distendues par des caillots fibrineux se prolongeant jusqu'aux sous-clavières, péritoine parfaitement sain, humide, nullement injecté; pharynx et œsophage sains, estomac peu développé, muqueuse d'un gris brunâtre, avec pointillés d'un rouge vif, cependant la muqueuse n'est pas ramollie. Intestins grêles contenant des matières bilieuses; appareil urinaire et génital dans l'état normal.

Observation II (de Senn).

G. I..., 30 ans, forte et bien constituée, d'un tempérament sanguin, habituellement bien portante, entre à la maison d'accouchements le 16 février 1825 et y accouche naturellement le 2 mars.

Les deux premiers jours, les lochies s'établirent, la malade ne souffrit point, mais dans la nuit du deuxième au troisième, une fièvre intense se déclara et une éruption scarlatineuse d'un rouge intense se manifesta sur presque toute la surface du corps. Dès ce moment les lochies se supprimèrent.

Le 4 mars, troisième jour des couches, elle fut transportée à l'infirmerie, où je la vis pour la première fois. L'éruption était très intense et générale, la peau brûlante, le pouls fréquent et développé, la face tuméfiée et très rouge, les conjonctives injectées, la langue gonflée, recouverte d'un enduit blanchâtre à son centre et très rouge sur ses bords; soif très vive, pas de douleur,

mais la malade est très effrayée d'avoir la scarlatine. La nuit, agitation diarrhée. Le 5, augmentation des symptômes, bouffissure de la face, injection vive des conjonctives, peau brûlante. P. 140; douleur abdominale à la pression: à l'auscultation la respiration s'entend bien des deux côtés, 50 sangsues sur l'abdomen, cataplasmes émollients; cette saignée locale ne procure pas de soulagements sensibles: la diarrhée continue. Dans la nuit, insomnie, agitation, nausées, vomissements bilieux.

Le 6, quatrième jour, l'éruption est toujours générale et intense, la face a une teinte jaunâtre toute particulière; la langue nettoyée vers son centre, est rouge dans toute son étendue et fort sèche, ainsi que les lèvres. Les gencives sont recouvertes d'une pellicule blanchâtre; céphalalgie, angine, oppression; elle avale difficilement et l'abdomen est sensible à la pression. Dans l'après-midi, anxiété très grande; délire triste. La malade s'imagine devoir être conduite à l'échafaud. On ne peut écarter ces idées sombres; elles reviennent sans cesse. Elle se plaint de douleurs générales, et ne peut étancher sa soif. La langue est toujours rouge et fort sèche. Le soir, on applique 40 sangsues derrière les apophyses morbides. Le 7, huitième jour, extrémités froides, altération des traits, cornées, troubles, nausées, vomissements, hoquets, éruption persiste sur le tronc, pouls presqu'insensible, précipité. Mort à 8 heures du soir, le cinquième jour des couches, le quatrième de la maladie, œdème cérébral léger; de la sérosité limpide existe dans chaque ventricule. Muqueuse pulmonaire fortement injectée dans toute son étendue; plèvres et poumons sains: péricarde sain, caillots sanguins dans le cœur remontant jusqu'aux veines sous-clavières, péritoine parfaitement sain, muqueuse pharyngée congestionnée. Estomac et intestins normaux, foie gorgé de sang, rate de volume ordinaire, appareil urinaire et génital dans l'état normal.

Observation III (de Senn).

Ch..., âgée de 25 ans, journalière, robuste, d'un tempérament sanguin, réglée depuis l'âge de 17 ans, entre à la maison d'accouchement le 7 mars 1825, parfaitement bien portante jusqu'au 18 où elle accouche à terme d'un enfant viable.

Le 20 mars, c'est-à-dire le surlendemain, l'état général, bon jusqu'ici, se gâte : dysphagie, soif vive, oppression. Le troisième jour sécrétion lactée, s'établit normalement. Le 22, quatrième jour, l'éruption scarlatineuse se manifesta sur le corps, la peau devint brûlante et d'un rouge framboisé, sur lequel on sent des petites élevures : elle entre à l'infirmerie : la nuit, agitation, délire, diarrhée bilieuse. Le 23, cinquième jour, mêmes symptômes, la langue se nettoie et se sèche ; l'agitation et le délire augmentent (25 sangsues à l'épigastre, tisane de mauve, diète absolue). Le soir, l'agitation ayant encore augmenté, sangsues derrière les apophyses mastoïdes, la nuit on est obligé d'avoir recours à la camisole ; diarrhée continue.

Le 24. — Même état ; la malade cherche toujours à se lever, disant qu'elle n'a rien ; d'ailleurs même état.

Le 25, septième jour, les lèvres, les dents, la langue sont recouvertes de croûtes noirâtres ; l'éruption est toujours très marquée : peau sèche et brûlante, soif ardente, quelques nausées, diarrhée persiste. Le 26, respiration s'embarrasse, cornées ternes, éruption persiste toujours, le soir prostration de plus en plus marquée. Mort à 11 heures le cinquième jour de la maladie.

A l'autopsie. — Vaisseaux de l'encéphale gorgés de sang, œdème sous-arachnoïdien, cerveau injecté, quelques gouttes de sérosité dans les ventricules, plèvres saines, muqueuse respiratoire fortement injectée, rougeur très vive sur le larynx, poumons crépitants partout, cœur normal, péritoine humide, parfaitement sain, cœcum très injecté, annexes saines ainsi que les autres viscères abdominaux.

Observation IV (de Senn).

Chat..., journalière, 26 ans, forte constitution, tempérament sanguin, primipare, fut reçue à la Maternité le 10 janvier 1825: accouchement à terme le 23 mars, travail facile: enfant viable. Dès le premier jour la fièvre se manifesta, et elle eut plusieurs selles en diarrhée.

Le 24, deuxième jour. — Eruption générale de scarlatine, peau brûlante, rougeur violacée des téguments de la face et des avant-bras, injection des conjonctives, langue fort rouge, hébêtement, réponses lentes; on transporte la malade à l'infirmerie. Dans la nuit, agitation, délire, la malade veut se lever, courir dans la salle, vomissements bilieux abondants, diarrhée de même nature, presque continuelle.

Le 23, troisième jour. — Même état, la malade ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent.

Le 26. — Les vomissements bilieux et la diarrhée persistent; l'éruption commence à pâlir, pouls petit, fréquent, concentré, l'abdomen ne paraît pas douloureux, ou du moins la malade ne se plaint pas quand on presse dessus. Le soir, l'éruption est presque totalement disparue, respiration s'embarasse, mort à 10 heures du soir le quatrième jour des couches et le cinquième de la maladie.

A l'autopsie, vaisseaux encéphaliques, très engorgés, œdème sous-arachnoïdien très marqué, cerveau injecté mais sain, plèvres parfaitement saines, muqueuse aérienne injectée, cœur normal, péritoine parfaitement sain, pharynx et œsophage sains, autres viscères parfaitement sains.

Observation V (de Senn).

M... I..., âgée de 19 ans, ouvrière, d'une bonne constitution. Tempérament sanguin, reçue à la maison d'accouchements le

15 février 1825, primipare habituellement bien portante ; accouche normalement et à terme le 31 mars, après un travail de 4 heures la délivrance fut naturelle, et ne présenta rien de particulier.

1er avril, deuxième jour des couches. — Malaise, puis éruption scarlatineuse généralisée se manifeste, peau déjà brûlante et sèche, pouls fréquent et développé, langue gonflée et humide ; abdomen insensible à la pression, selles diarrhéiques : le soir exacerbation, céphalalgie, soif ardente, diarrhée bilieuse abondante. La nuit, insomnie.

Le 2, troisième jour. — Mêmes symptômes : les téguments, d'un rouge framboisé, présentent çà et là des sudamina, la nuit insomnie et agitation. Le 3, même état, propension au sommeil, accablement, boissons émollientes.

Le 3. — Exacerbation, épistaxis abondante, qui soulage.

Le 4. — La malade se plaint de la tête et de la gorge, éruption toujours intense, sudamina plus nombreux, lochies très peu abondantes.

A 3 heures, amélioration sous l'influence des sangsues aux apophyses mastoïdes, l'épistaxis est renouvelée, peau toujours brûlante, langue sèche, blanchie au centre, rouge sur les bords, soif ardente, douleurs dans la gorge, le soir crachements de sang, qui obligent de recourir à la saignée, on retire quatre palettes de sang riche, ce qui soulage beaucoup les malades. La nuit agitation, la diarhée persiste. Le 5, sixième jour des couches, le crachement de sang se renouvelle ; peau toujours brûlante, pouls 130, saignée au bras de 250 grammes, qui soulage beaucoup. — Le faciès s'améliore, peau moins chaude, la diarrhée n'a pas reparu.

Le soir, exacerbation vers la région lombo-sacrée, qu'on panse au cérat.

Le 7. — La desquamation s'effectue, mais les membres sont

encore gonflés et douloureux, les fomentations soulagent beaucoup la malade.

Le 8 et 9. — L'épiderme se détache par larges lambeaux : fréquence du pouls et chaleur beaucoup moindres, les jours suivants, la desquamation s'effectue sans aucun accident, le gonflement des mains, des avant-bras, disparaît.

Le 22 avril, vingt-troisième jour des couches, M... quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Observation VI (de Senn).

Bn..., âgée de 24 ans, découpeuse, d'une excellente constitution, est reçue à la maison d'accouchement, le 27 avril 1825. Réglée depuis l'âge de 17 ans, avec périodicité de 3 à 4 jours chaque mois, cette femme n'avait point souffert jusqu'alors, et ne s'était pas même fait soigner, lorsqu'elle accoucha naturellement d'un enfant bien portant et à terme. Le 29, deux jours après son entrée, la délivrance fut naturelle, et aucun accident ne se manifesta les premiers jours. Le troisième, la sécrétion laiteuse se fit, mais pendant la nuit, la fièvre augmenta beaucoup, la malade fut très agitée, eut même du délire et plusieurs selles bilieuses. On reconnut le matin une éruption scarlatineuse, générale et intense.

Le 2 mai, quatrième jour des couches, transportée à l'infirmerie, elle nous offrit les symptômes suivants, face très colorée, gonflée, peau brûlante; éruption d'un rouge intense sur presque toute la surface du corps, avec élevure sensible à l'œil, et mieux encore à la main, vers la partie supérieure et interne des cuisses, on observe des piquetures d'un rouge vif, qui paraissent être le résultat de petites infiltrations sanguines dans le corps réticulaire, pouls 130 à 135, régulier et développé, respiration un peu gênée, langue gonflée, blanche à son centre, rouge et humide à ses bords : bouche pâteuse, saveur amère, soif intense, nulle douleur abdominale, diarrhée bilieuse abondante, peu de lochies ! Sai-

gnée qui diminue la chaleur, mais nullement l'éruption : sang riche et couenneux. Le soir, exacerbation. La nuit, insomnie, agitation, délire, la diarrhée persiste.

Le 3, cinquième jour, l'éruption a encore augmenté, le pouls de 120 à 130 est vibrant, la langue s'est nettoyée et est devenue d'un rouge de sang; la soif est tellement vive, que la malade voudrait boire sans cesse, l'agitation persiste pendant la journée, le soir elle augmente. Dans la nuit le délire survient ; on est obligé de la retenir dans son lit ; à plusieurs reprises elle cherche à se lever et à courir dans la salle.

Le 4, les symptômes ne diminuent point, la langue étant de plus en plus rouge et fort sèche, et le pouls conservant de la fréquence et de la force, on pratique une seconde saignée, et peu après on place la malade dans un bain émollient. Elle y demeure une demi-heure et s'y trouve bien. Amendement, agitation moindre, délire diminué, cette amélioration persiste jusqu'au soir, où il survient une exacerbation notable : T. 40°. Boissons émollientes, agitation. délire moindre que la veille.

Le 5, septième jour, lèvres sèches, desquamation commençante sur la face conjonctive, palpébrales sèches, peau toujours brûlante, un peu de trouble dans les idées, soif inextinguible, langue sèche, comme rôtie. Le soir, délire, agitation, lotions fraîches sur la face.

Le 6. — La desquamation s'étend sur le tronc et les membres, sécheresse extrême des muqueuses nasales, palpébrales et labiales, conjonctives injectées, trouble dans les idées, de temps en temps nausées : diarrhée reparaît ; pouls toujours fréquent, peu développé, respiration parfaitement libre. Eschare sacrée.

Le 7. — Neuvième jour, abattement : la malade répond difficilement, desquamation générale, peau sèche. Pouls 90, presque naturel, langue sèche.

Le 8. — Soif diminue, amélioration des symptômes.

Le 9. — L'eschare se détache, on pense la plaie au cérat. Dès ce moment, guérison. Elle sort le 12 dans un état général satisfaisant.

Observation VII (de Senn).

Félicité L..., âgée de 16 ans, ouvrière en drap, d'un tempérament éminemment sanguin et d'une forte constitution, fut reçue à la maison d'accouchements vers la fin de décembre 1824. Elle était enceinte pour la première fois, et au terme de cinq mois environ. Réglée dès l'âge de neuf ans, cette jeune fille, à son entrée dans la maison avait toute l'apparence vigoureuse d'une femme de 20 à 22 ans ; elle nous dit n'avoir jamais été malade ; elle n'a été que légèrement indisposée pendant les derniers jours de sa grossesse. Cependant on fut obligé de la saigner cinq fois d'une façon copieuse pour faire cesser quelques incommodités, suites de son état pléthorique.

Cependant elle se plaignit vivement de sa gorge les huit jours qui précédèrent son accouchement, ce qui me fit craindre une scarlatine, mais aucune éruption ne parut. Accouchement le 11 mai 1825 d'un enfant fort et bien portant. Les deux jours suivants elle ne se plaignait de rien, le troisième la sécrétion lactée se fit, mais fièvre, céphalalgie, soif ardente, évacuations alvines, le lendemain face très colorée, peau brûlante, gonflée, offrant une teinte uniforme d'un rouge foncé évidemment scarlatineuse, pouls plein, développé. Lèvres et gencives fort rouges, langue gonflée, blanchâtre à son centre, mais rouge sur les bords, saveur amère, soif vive, abdomen non douloureux, simple. La diarrhée paraît, les lochies vont bien ; la malade se plaint surtout de la douleur de tête, de l'extrême chaleur, et d'un peu de gêne de la respiration. Saignée de 300 grammes qui soulage quelques instants, sang riche et sans couenne. Le soir, seconde saignée. Celle-ci soulage beaucoup. La malade peut reposer ; la diarrhée cesse. Le

15, la peau est toujours d'un rouge intense, la langue se nettoie et paraît d'un rouge vif ; nulle douleur, pas de diarrhée. Le 16, sixième jour il se manifeste un peu de douleur vers le pharynx, gonflement et rougeur des piliers du voile du palais ; déglutition pénible ; d'ailleurs mêmes symptômes, trente sangsues au cou, boissons émollientes, diète absolue, après l'écoulement de sang la douleur cesse. Le 17 et le 18, l'éruption marche bien, aucun accident ne se manifeste, la soif diminue, et ce dernier jour on permet quelques pruneaux et deux cuillerées de fécule.

Le 19 l'amélioration continuant, on accorde une soupe maigre aux herbes ; mais en ayant pris une trop grande quantité épaisse et mal cuite, vomissements abondants, céphalalgie et beaucoup d'agitation.

Le 20, dixième jour, à la visite face colorée, peau très chaude, pouls 130, régulier, vif. Respiration accélérée, toux sans expectoration, téguments gonflés, membres difficiles à mouvoir, céphalalgie persiste, mais les vomissements paraissent calmés.

20 sangsues aux apophyses mastoïdes, boissons émollientes, diète absolue, fomentations émollientes sur les avant-bras. Mais les morsures de sangsues fournirent peu de sang. A 6 heures, la malade se plaignait beaucoup de la tête, pupilles très contractées, peau brûlante et sèche, soif vive, lotions fraîches sur la face et le cou.

L'éruption persiste sur toute la surface du corps, le soir la céphalalgie ayant reparu, 30 sangsues derrière l'oreille, dans la nuit vomissements bilieux, diarrhée abondante ; lochies se suppriment.

Le 21, onzième jour, à la visite, ces accidents ont cessé, la peau est moins brûlante, le pouls toujours fréquent, les mains plus libres, la pression cause peu de douleurs.

Le soir, céphalalgie vive, agitation, oppression, peau brûlante, pouls 130, assez développé. Large saignée de 300 grammes, qui

soulage de suite, quelques lotions fraîches sur la face ; bonne nuit.

Les jours suivants, la desquamation a commencé ; elle a été générale et complète : les bains savonneux l'ont facilitée et elle quitte la maison bien portante le 13 juin.

OBSERVATION I de Guéniot (thèse de Paris 1862).

« Scarlatinoïde puerpérale (fièvre miliaire). Début le troisième jour après l'accouchement ; éruption dite scarlatiniforme le quatrième. Angine légère le sixième ; délire le septième ; éruption miliaire le huitième ; état demi-comateux le dixième ; éruption de petites bulles transparentes et aplaties (hydroa) le onzième jour ; mort le treizième jour de couches, le dixième de la maladie. Autopsie. Lymphangite utérine, ostéophytes crâniens, etc. »

Le 23 mars 1861, Amélie B..., 22 ans, institutrice, est entrée à la Maternité au terme de sa première grossesse. Cette jeune fille d'un tempérament nerveux et d'une complexion délicate, a toujours vécu dans des conditions hygiéniques satisfaisantes. Réglée pour la première fois à 17 ans avec grande difficulté, la menstruation est ensuite devenue régulière, avançant de quelques jours à chaque époque, dont la durée habituelle est de 4 jours ; l'écoulement sanguin est pâle et peu abondant. Bonne santé habituelle ; cicatrices vaccinales au bras : rougeole à 11 ans et varicelle à 13 ans ; jamais d'atteinte de scarlatine. Ni de maladies nerveuses ; pas de maladie de famille ; mère atteinte d'une affection chronique du foie.

La grossesse fut bien supportée sans autre accident que des lassitudes pendant les six dernières semaines. L'accouchement eut lieu après 8 heures de travail le 23 mai ; il fut naturel et exempt de toute complication. L'enfant naquit en bon état et pesait 3 kilogr. Les deux jours qui suivirent se passèrent sans accident.

Mais le 26 mai, à deux heures du matin (65 heures après l'accouchement) Amélie B... fut prise d'un frisson intense avec claquement de dents, frisson qui débuta par les pieds, puis se généralisa, et fut suivi après une durée de 5 minutes, d'une chaleur douce non accompagnée de sueurs. Ce même jour, pouls à 120°, céphalalgie frontale, épistaxis légère à deux reprises différentes ; les seins sont tuméfiés et la sécrétion laiteuse établie ; le ventre est complètement indolore. La malade est transportée dans le service de M. Delpech.

Le 27. — Fièvre moins vive, et apparition sur la face externe et postérieure des cuisses, ainsi qu'à la région dorsale du tronc, d'une rougeur légère, ponctuée, s'effaçant sous la pression du doigt, pour reparaître ensuite promptement. Il existe un peu de céphalalgie et un très léger embarras des voies digestives, mais on n'observe ni sueurs, ni mal de gorge, ni démangeaisons à la peau ; l'écoulement des lochies se fait normalement. Tisane de gomme sucrée, deux pots ; ipéca, 1 gr. 50 ; sulfate de quinine, 1 gr.

Le 28. — Le sulfate de quinine a déterminé des bourdonnements d'oreille, et le sommeil a été, comme d'habitude, peu continu ; la fièvre est modérée, le pouls sans tension ni ampleur, à 109 ; la malade se trouve mieux ; l'éruption de la veille est plus marquée, plus rouge, et conserve la même apparence de pointillé ; elle s'est étendue à la face antérieure de la poitrine, aux aisselles, à la face antérieure des épaules et à toute la périphérie des cuisses ; autour des aréoles du mamelon elle est diffuse et uniforme, et à la base des mamelles elle présente un aspect veine, les membres supérieurs et les jambes offrent une teinte rosée très légère et uniforme, qui semble être aussi éruptive ; le visage, le cou, le ventre, les mains et les pieds conservent au contraire leur coloration normale ; il n'existe d'ailleurs ni coryza, ni larmoiement, ni angine, ni ganglions engorgés ; la respiration est normale, la langue un peu blanchâtre, la soif vive, le ventre légèrement dou-

loureux au niveau de la matrice, mais souple et non ballonné; il est survenu un peu de diarrhée; les lochies sont séro-sanguinolentes et coulent en quantité ordinaire ; deux eschares de plusieurs centimètres d'étendue intéressent la muqueuse vulvo-vaginale. Le lait étant peu abondant, l'enfant est confié à une nourrice de l'établissement. Même traitement, moins l'ipéca, plus injections avec décoction de quinquina (3 litres) et cataplasmes sur l'abdomen.

Le 29. — Un peu de surdité quinique, bon sommeil pendant la nuit, physionomie calme, bon état général, 100 pulsations, bruit de souffle carotidien très fort et intermittent, chaleur normale ou à peine exagérée de la peau, qui offre une douce moiteur; l'éruption s'est encore accentuée davantage; principalement sur l'avant-bras gauche; elle est d'un rouge tendre, partout ponctuée, excepté au pourtour des aréoles des mamelons. Elle est constituée par de petits points rouges très rapprochés les uns des autres, de manière à former une rougeur presque continue, excepté sur les limites de l'éruption, où le pointillé est très discret; elle n'est accompagnée ni de tuméfaction, ni de vésicules ou pustules, ni de points saillants quelconques; la gorge est un peu douloureuse, et la muqueuse offre une rougeur ponctuée légère, ainsi que celle de la luette et du voile du palais; il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire ; langue blanchâtre, recouverte d'un léger enduit; pas de pellicules blanches sur les gencives ; soif vive, anorexie, quelques gargouillements intestinaux, plus de diarrhée ; ventre toujours sensible au niveau de l'utérus qui est bien rétracté et à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic; lochies normales, auxquelles les eschares vulvaires donnent un peu de fétidité; miction douloureuse, pas d'albumine dans l'urine. Même traitement.

Le 30. — Etat moins satisfaisant que la veille, sommeil nul pendant la nuit, visage un peu congestionné ; la malade est fati-

guée, et se plaint de ne pouvoir dormir sans être aussitôt réveillée par des rêves pénibles, dans lesquels elle voit des animaux et des ombres chinoises ; le pouls est à 104, la peau assez bonne, mais l'éruption plus prononcée encore et d'un rouge sombre. Cependant le ventre, quoique recouvert de cataplasmes depuis plusieurs jours, n'offre qu'une teinte rosée légère qui ne paraît pas être éruptive ; le mal de gorge a presque disparu, et la rougeur gutturale est moins prononcée ; la langue est recouverte d'un enduit plus épais, l'hypogastre plus douloureux, et la diarrhée s'est manifestée de nouveau ; il existe un peu de toux, sans aucune lésion pulmonaire appréciable. — Riz, sirop de coing 2 pots ; un quart de lavement avec amidon, et 10 gouttes de laudanum.

Visite du soir. Fièvre vive à 120 pulsations ; peau sèche et brûlante, visage congestionné, éruption de plus en plus vive, d'une rougeur intense, principalement sur les cuisses et sur les reins ; elle a envahi le cou et les pieds ; le visage et les mains sont seuls complètement épargnés. Partout où elle existe l'éruption conserve son aspect primitif de pointillé ; ce caractère est d'une netteté parfaite sur la poitrine et les parties latérales du tronc, aux hypocondres particulièrement. La gorge est un peu plus rouge que la veille ; les pupilles sont égales et légèrement dilatées, et l'esprit toujours troublé par des visions importunes d'animaux et d'objets bizarres. Il existe aussi des bourdonnements d'oreille. Six garde-robes diarrhéiques. Julep musc. 0,25 et extr. théb. 0,05 ; un quart de lavement bouillon.

Le 31. — La malade a été prise pendant la nuit d'un délire qui persiste encore ; elle éprouve dans les membres inférieurs des picotements douloureux, et se figure que quelque personne, cachée sous son lit, lui larde le corps de piqûres d'aiguille ; on la voit faire des bonds à chaque prétendue piqûre qu'elle reçoit ; elle cherche à quitter son lit et veut se réfugier dans celui d'une

malade voisine, pour éviter les attaques de cet ennemi qui lui vide le corps par en bas, lui soutirant par le rectum ses excréments et son urine. Elle a été aussi agitée pendant la nuit, s'est levée et souvent découverte.

Cependant elle reconnaît très bien les personnes du service et parle d'ailleurs raisonnablement. Son visage est pâle et inquiet, le pouls a 124; la peau d'une chaleur peu exagérée. La rougeur cutanée est moins vive, et de très petites pustules miliaires, discrètes, et renfermant un liquide blanc se sont manifestées sur la poitrine, en avant et en arrière; les pupilles égales sont très dilatées, bien que la malade ne fasse usage d'aucune préparation belladonée.

La sécrétion laiteuse est très peu abondante; les lochies sont purulentes et l'hypogastre toujours sensible à la pression. Riz. Sir. de coings. Julep musc 0,30. Sinapismes sur les jambes 2 bouillons. Camisole de force pour éviter que la malade ne se découvre.

A la visite du soir mieux général; 108 pulsations; peau bonne; haleine exhalant une odeur de musc prononcée. L'éruption scarlatiniforme est maintenant moins intense et représentée par de petites taches rouges, sur lesquelles reposent les pustulettes miliaires; ces dernières quoique encore discrètes, ainsi que la rougeur de leur base, se sont toutefois développées en très grand nombre, et renferment un pus blanc ou blanc jaunâtre. Le visage n'est plus congestionné, les pupilles sont normales, et l'esprit est presque délivré des visions importunes: la langue est recouverte d'un enduit gris-blanchâtre, sans rougeur notable de la pointe ni des bords. La diarrhée s'est tarie.

1er juin. — Agitation de paroles incessantes pendant la nuit; la malade voit des animaux, des monstres, des enfants coupés en morceaux, etc. Le visage est un peu égaré, les pupilles très dilatées, le pouls à 110, la peau normale, la rougeur éruptive moins

vive encore qu'hier, les pustules miliaires comme la veille, la face, le ventre et les mains, complétement exempts d'éruption; la langue commence à se dessécher ; une ou deux garde-robes; ventre souple et à peine sensible. Musc, 0,30 centigrammes; sinapismes ; le reste *ut supra*. Le soir délire complet et agitation de la malade dans sa camisole ; pupilles très dilatées, visage couvert de sueurs, contracté, exprimant parfois la crainte ou la terreur ; peau chaude et en transpiration ; éruption comme le matin, 132 pulsations ; battements énergiques du cœur contre la paroi thoracique ; quelques vomissements déterminés par la potion musquée, pas de garde-robe. L'urine examinée chaque jour ne renferme pas d'albumine. Julep gomm. Extr. théb. 0,10 ; lavement purgatif. Sinapismes.

Le 2. — Rémission très prononcée, repos pendant la nuit ; plus de délire ; pupilles revenues à un diamètre de 2 demi-millimètres ; diamètre sensiblement normal, eu égard à la quantité de lumière (hier ce diamètre était de 5 à 6 millim. dans les mêmes conditions). Visage un peu congestionné et couvert de sueurs, ainsi que toute la partie supérieure du corps, 120 pulsations.

La rougeur diffuse des seins a disparu, et partout à l'exception des jambes et des pieds où elle existe encore, très légère ; on ne remarque que la rougeur de plus en plus distincte et circonscrite, que forment les auréoles inflammatoires des pustules miliaires. Les dernières du volume d'une tête de fine épingle sont surtout abondantes et caractérisées d'une manière parfaite, sur la poitrine, les hypocondres et les flancs. Plus de douleur abdominale. Ventre un peu développé et à parois fermes, plus d'angine, légère pellicule blanche à la gencive droite, même julep. theb. sinapismes sur les membres inférieurs.

Le soir la journée a été assez bonne, mais la malade est actuellement dans un état de somnolence, et ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. La peau est moins humide que

le matin, le ventre plus souple, et la matrice plus explorable. Elle remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, visage naturel, les pupilles sont un peu plus dilatées, 116 pulsations. Urine d'aspect normal, sans albumine.

Le 3. — Etat semi-comateux persistant, respiration plus fréquente (38 respirations) sans lésion pulmonaire apparente, 116 pulsations, peau chaude et en transpiration, éruption miliaire comme la veille, pas de dévoiement, pas d'albumine dans l'urine, cercle inflammatoire autour des eschares vulvaires. Musc 0,25, lavement purgatif, vésicatoire au mollet, sinapismes.

Le 4. — La malade a été agitée la nuit, le matin mêmes symptômes, même état demi comateux que la veille. Pustules miliaires : il s'est produit une nouvelle poussée de miliaire aux hypocondres et sur la poitrine. Le soir mutisme absolu, le visage congestionné exprime à certains moments de la douleur et offre quelques contractions musculaires spasmodiques : narines sèches et pulvérulentes ; respiration plus accélérée encore, sans toux et sans expectorations (98 par minute), pouls comme la veille ; éruption de miliaire semblable aux précédentes. Pas d'albumine dans l'urine.

Le même mutisme absolu que la veille, visage amaigri, yeux caves, pouls très fréquent (140), difficile à compter vu sa petitesse, sa dépressibilité et son caractère comme convulsif. R. 50 avec de gros râles muqueux à l'auscultation dans les deux poumons : pas de matité aux bases, ni de souffle bronchique. Même état des pustules miliaires, les grosses vésicules s'affaissent et tendent à disparaître. La muqueuse vulvaire présente la rougeur vive d'une inflammation érythémateuse.

Le soir, commencement de l'agonie, contraction spasmodique des muscles de la face ; respiration précipitée, pustules miliaires dans le même état que les jours précédents, l'urine est pour la première fois légèrement albumineuse. Mort à 7 heures du soir.

Autopsie. — 1° A l'ouverture du cadavre on constate l'existence de fausses membranes, qui réunissent entre eux le bord inférieur du grand épiploon et les divers organes pelviens. C'est ainsi que les trompes et les ovaires sont adhérents aux organes voisins, et que l'utérus adhère lui-même, et surtout à la vessie, qui est refoulée en avant et aplatie derrière le pubis. Ces adhérences sont d'ailleurs assez faibles pour être facilement rompues, l'inflammation qui les a produites paraît être éteinte, car il n'existe ni liquide péritonéal ni rougeur marquée de la séreuse. Le reste du péritoine est sain. 2° La matrice, un peu plus volumineuse que le poing, offre des parois très molles et relativement très minces, surtout en arrière et à son fond où elles n'ont pas plus de 6 millimètres d'épaisseur. Tissu enflammé en ces derniers points. Il est humide, facile à déchirer, et d'une teinte rouge vineuse légère. Sinus oblitérés par des caillots sanguins. Toute la surface interne de l'utérus est recouverte d'une couche semi-liquide et sanguinolente, sans fétidité extraordinaire. Cavité du col remplie par un liquide filant, teinté de sang, albumineux ; 3° A la surface externe de la matrice et principalement à ses angles supérieurs, petites saillies molles, d'un blanc jaunâtre, qui à l'incision laissent échapper du pus, lymphangite utérine marquée. Les ailerons des trompes et des ovaires renferment également des lymphatiques remplis de pus, ganglions lombaires et canal thoracique normaux.

Les poumons offrent une congestion hypostatique, de moyenne intensité ; leur tissu est d'ailleurs sain, ainsi que les plèvres, muqueuse bronchique d'un rouge brun, très injectée. Cœur, péricarde et gros vaisseaux, sans lésions, couche osseuse de nouvelle formation sous la dure-mère.

Observation II (De Guéniot).

Hortense L..., 30 ans, mariée, accouche à l'hôpital Saint-

Louis de son troisième enfant, le 5 juin 1871. Vigoureuse habituellement, bien portante, elle n'a éprouvé pendant sa grossesse aucun accident fâcheux.

Travail de 20 heures, qui se termine sans aucune intervention obstétricale, les cinq premiers jours se passent normalement, la mère allaite son enfant. Mais le 11 juin, c'est-à-dire le sixième jour, frissons, élévation de la température, qui se change la nuit en un malaise fébrile, accompagné d'épistaxis, d'un peu de prurit et d'une légère hypéresthésie de quelques parties de la peau.

12 juin. — Le bras et l'avant-bras sont couverts d'une éruption de petites taches rouges, formant un pointillé qui rappelle celui de la scarlatine, très serré et réuni en une rougeur continue au niveau du coude. Le soir, sur cet exanthème, se voient une masse considérable de petites saillies, les unes vésiculeuses, les autres déjà pustuleuses, du volume d'une pointe à celui d'une tête de fine épingle. La même éruption, moins confluente toutefois, se remarque sur l'abdomen, la face interne et antérieure des cuisses, le pli du jarret. Quelques groupes de taches analogues, mais très discrètes, existent sur les seins et sur le cou, il y en a un également à la racine du nez, partout les vésicules ou pustules reposent sur un fond rouge, pointillé. La malade se plaint d'un très léger mal de gorge, qu'elle ne perçoit que pendant la déglutition, il existe dans la bouche une éruption de miliaire très confluente, analogue à celle de la peau ; amygdales parfaitement saines, pouls plein, lent, 64 pulsations. Ventre souple, pas de nausées. Une diarrhée, légère qui existait depuis l'accouchement, s'est supprimée hier, pas de douleurs, pas de tuméfaction des ganglions dans les régions envahies par l'éruption. Le soir, l'état général est le même, l'éruption de l'avant-bras gauche ne forme plus qu'une plaque rouge foncée, saillante, tuméfiée, rappelant l'érysipèle, et sur laquelle la totalité

des vésicules est passée à l'état de petites pustules. P. 64. État général très bon, la poitrine auscultée avec soin ne fournit aucun signe pathologique. Le 13, même état général. P. 68, la diarrhée n'a pas reparu, nuit tranquille, pas de transpiration, l'avant-bras est toujours tuméfié et rouge foncé. Le 14, état général très bon. P. 60, éruption a pâli sur tous les points, sauf à l'avant-bras gauche, qui offre toujours de la tuméfaction, mais les vésico-pustules ont disparu. Le 15, l'amélioration continue, la desquamation se fait dans tous les points où l'éruption a commencé, les lochies ont reparu avec leur abondance normale. Le 16, même état. La desquamation se généralise, pas d'albumine dans l'urine. Jusqu'à présent, il n'y a eu ni sudamina, ni sueurs notables. Le 17, la malade donne de nouveau le sein à son enfant, la convalescence se confirme, et le 21, la malade sort de l'hôpital sans que le plus léger accident soit venu jusqu'à ce moment compromettre la guérison. La desquamation s'était terminée d'une façon complète le 18.

Observation III (de Guéniot).

Le 20 octobre 1889, on transporta du service de M. Joyavay (hôpital de Lourcine) dans les salles de médecine une femme atteinte de plaques muqueuses vulvaires, qui était accouchée 7 jours auparavant, et de laquelle il s'était déclaré le quatrième jour, une miliaire extrêmement confluente. A son entrée dans le service de médecine, le ventre, les bras, la face interne et supérieure des cuisses étaient recouvertes de vésico-pustules miliaires, développées sur un fond érythémateux foncé. M. Lallier, chef de service, déclara que c'était une miliaire et s'en tint à une expectation complète, la desquamation s'effectue par larges plaques épidermiques : elle était complétement achevée 10 jours après son entrée dans le service, où elle resta longtemps pour sa syphilis, sans qu'il lui survint aucun accident grave.

Observation IV (de Guéniot).

X. C..., 21 ans, primipare, ouvrière agricole, entre à la Maternité, le 5 décembre 1860, étant sur la fin de sa grossesse. D'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, cette fille jouit habituellement d'une très bonne santé, cependant son visage fortement coloré, fait soupçonner une lésion valvulaire qui révèle en effet l'auscultation du cœur. Il existe un souffle rude au premier temps et à la pointe. Réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Travail normal. Elle accouche d'un enfant bien portant et à terme. Le lendemain, 31 décembre, état très satisfaisant, même situation jusqu'au 4. On remarque sur le tronc, et particulièrement sur la poitrine, une éruption légère constituée par une rougeur faible, diffuse, mêlée de quelques marbrures violacées. La pression du doigt efface momentanément cette rougeur, qui plus marquée le soir, est à peine constatable pendant la journée. Pas de changement dans la température et le pouls. C... ne se croit nullement malade. Soir, mêmes symptômes, même régime.

6. — Il existe de la diarrhée, l'éruption qui semblait comme indécise, est maintenant très accusée ; elle existe sur la poitrine et sur le haut des cuisses, sous la forme d'un piqueté fin et rouge, d'un aspect scarlatineux ; sous le ventre elle présente au contraire une rougeur diffuse, uniforme et assez intense, comme on l'observe dans la scarlatine. Abscence complète d'angine et de fièvre, on la transporte à l'infirmerie.

Le 7 au matin quelques douleurs abdominales, le soir, P. 87.

Le 8. — P. 60, l'éruption a beaucoup pâli, quelques pustules d'une petitesse extrême, comme des grains de sable très fins sur le haut des jambes, diarrhée.

Le 9. — 72 pulsations, quelques pustules au genou, l'éruption est de moins en moins prononcée, diarrhée, le soir une

visite désagréable agite la malade, quelques pulsations, diarrhée augmentée, 8 garde-robes. Le 10, éruption éteinte. Le 11, diarrhée moindre. Les jours suivants jusqu'au 14 à un degré modéré (4 à 5 garde-robes par jour). Les pustules des membres inférieurs disparaissent. Le 16, sort de l'hôpital en très bon état, l'enfant fut allaité, partie par sa mère, partie au biberon.

Observation V (de Guéniot).

B..., primipare, âgée de 26 ans, domestique, entre à la Maternité le 30 avril 1861, et accouche le 3 mai à midi sans accidents, d'un enfant faible et à terme, le travail dure 14 heures, la délivrance fut naturelle. Cette fille d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé habituelle, à menstruation régulière et peu abondante, fut prise le jour même de son accouchement à 7 heures du soir, d'un frisson, avec claquement de dents, qui dura 3 quarts d'heure et fut suivi de chaleur et de sueurs.

Depuis cet accident, la matrice était le siège d'une douleur continue, s'exaspérant à la pression, et n'étant pas par conséquent le fait de simples tranchées : on transporte la malade dans le service de M. Delpech, salle Sainte-Marthe, lit n° 6. Le lendemain, 3 mai, P. 140, de moyenne force, peau chaude, sans sécheresse, ventre développé et douloureux dans la région sous-ombilicale, particulièrement sur les côtés de l'utérus, dont le fond remontait jusqu'à l'ombilic. Langue saburrale, pas de diarrhée, le soir 103 pulsations, face un peu pâle, 28 respirations par minute, mêmes symptômes abdominaux, eschare sur les lèvres grande comme une pièce de 2 fr. ; 8 sangsues, pansement au quinquina.

Le 4 mai. — Bon sommeil pendant la nuit. 112 pulsations, ventre toujours développé. Le soir, douleur abdominale moindre, éruption d'herpès sur les lèvres.

Le 5. — Le ventre un peu ballonné, n'est plus douloureux que

dans la fosse iliaque droite, nouvelle éruption d'herpès sur la lèvre supérieure.

Le 6. — Frisson avec claquement de dents d'une demi-heure de durée.

Le 7. — Nouveau frisson, vomissements bilieux, ventre ballonné, douloureux, mais modérément.

Le 8. — P. 108, quelques vomissements, ventre tendu, très ballonné encore, légèrement douloureux à la pression ; seins flétris, éruption de petites taches rouges sans relief assez rapprochées pour former une rougeur presque continue et ponctuée, qui est manifestée sur toute la surface antérieure de la poitrine et s'étend jusqu'à la ceinture, qu'elle ne dépasse pas inférieurement. Il existe en même temps un mal de gorge, avec rougeur et légère tuméfaction de la muqueuse, axonge belladonnée sur l'abdomen, cataplasmes.

Le soir, 120 pulsations, malade calme, les douleurs abdominales ont presque complètement disparu : l'éruption est plus pâle' plus discrète, toujours d'apparence ponctuée et s'accompagnant de quelques vésicules miliaires très petites, lochies très fétides.

Le 9. — La malade exhale une odeur spéciale, fadasse, très désagréable, comme chez les femmes atteintes de péritonite puerpérale, céphalalgie intense, angine et éruption comme la veille, plus de vomissement, julep, thébaïque, sulfate de quinine, 1 gr. 50, gargarisme émollient.

Le 10. — 116 pulsations, retour des vomissements bilieux. abondants, abdomen peu douloureux, éruption ponctuée, rouge sur la face interne des cuisses ; angine et éruption thoracique persistante.

Le 11. — 92 pulsations, vomissements verts, abdomen moins développé, moins tendu , faciès hippocratique.

13. — Physionomie meilleure, plus calme, le ventre s'affaisse ;

il existe encore quelques vomissements qui perdent leur caractère bilieux, eschares sacrées, lochies fétides.

Le 15. — La malade se plaint de nouveau de la gorge, dont la muqueuse des piliers du voile du palais et de la luette est d'un rouge vif, l'éruption cutanée s'éteint, plus de vomissements.

Le 16. — Gorge moins rouge, sans tuméfaction de la muqueuse.

Le 17 et le 18. — Rémission.

Le 19. — Frisson avec claquement de dents et sueur.

Le 21. — Faiblesse et amaigrissement progressif, ventre simple et revenu à des proportions normales.

Du 22 au 24. — Frissons, vomissements, diarrhée, épuisement de la malade.

Le 25. — 140 pulsations, 2 frissons.

Le 26. — Mort, l'enfant né faible, n'a pas voulu téter et a succombé le lendemain de sa naissance.

L'autopsie n'a pas été faite.

Observation I (D'Hervieux).

Accouchement naturel et à terme. Invasion de la scarlatine le premier jour de l'accouchement. Eruption le deuxième, ayant pour siége principal le tronc de la muqueuse bucco-pharyngienne. Pas d'accidents graves. Desquamation furfuracée le cinquième jour. Guérison.

Ménager, 28 ans, cuisinière, originaire du département de la Sarthe ; à Paris depuis deux ans. Accouchée pour la première fois, le 18 octobre 1859, d'une fille vivante, au terme de 7 mois et demi. Pas d'accidents consécutifs.

Redevenue enceinte le 4 mars 1861, époque de sa dernière menstruation, cette femme est atteinte, au troisième mois de sa grossesse, d'une métrorrhagie qui dure quatre semaines. Plus tard, à la suite d'une grande frayeur, survient un ictère dont elle est malade pendant 3 semaines.

Entrée à la Maternité le 20 novembre 1861, avec un commencement de travail, elle accouche le même jour à huit heures du soir d'un garçon vivant et à terme, du poids de 3.100 grammes. Délivrance naturelle.

Le soir, pouls à 96, puis pendant la nuit quelques douleurs abdominales, des sueurs, une soif vive, sans frissons ni sentiment de froid.

21 novembre. — On constate sur toute la surface du tronc, une rougeur vive, uniforme, framboisée, qui offre son maximum d'intensité au ventre, aux aînes et à la partie supérieure des cuisses. Il n'y a pas de douleur en avalant, et cependant, la gorge, l'isthme du gosier, le voile du palais, la langue et toute la muqueuse buccale, sont d'un rouge très prononcé. Chaleur vive à la peau. Pouls à 104. Ni toux, ni expectoration.

22 novembre. — Peau brûlante, pouls à 112. Langue saburrale, rouge à la pointe et sur ses bords. Rougeur briquetée des régions palatine, gutturale et pharyngienne; soif vive, pas d'appétit ; ventre souple et indolent ; lochies abondantes. L'éruption scarlatineuse s'est affirmée au tronc, en même temps qu'elle a envahi par le haut du cou, les creux axillaires et les membres supérieurs, par en bas, la totalité des cuisses. La malade ne se plaint pas du mal de gorge. Aucune trace de congestion dans les organes respiratoires.

23 novembre. — La langue dépouillée de son enduit, est d'un rouge ardent ; ses papilles saillantes, comme hérissées ; sa surface sèche ; le reste de la muqueuse bucco-pharyngée toujours très rouge. La presque totalité des membres est envahie par l'éruption. La face, quoique congestionnée, n'a pas la teinte spéciale de la scarlatine. La rougeur du tronc reste très vive. Pas de douleurs abdominales, chaleur sèche à la peau, pouls à 108 ; sommeil assez calme ; ni agitation, ni délire.

24 novembre. — La rougeur de la peau, de la langue et de la

muqueuse bucco-pharyngée s'est affaiblie; chaleur cutanée moins intense, pouls à 84. Pas d'albumine dans l'urine. Etat général satisfaisant.

26 novembre. — L'éruption scarlatineuse a complètement disparu. Commencement de la desquamation à la face antérieure de la poitrine.

Langue toujours rouge et dépouillée. Appétit.

28 novembre. — Langue moins rouge. Desquamation furfuracée sur le tronc, mais peu accusée.

Pas d'albumine dans l'urine. Va très bien.

4 décembre. — Sort en bon état, ne présentant plus de trace de scarlatine.

Observation II (d'Hervieux).

19 ans. Primipare. Accouchement naturel et à terme. Invasion de la scarlatine le quatrième jour de couches. Eruption généralisée le cinquième. Symptômes graves. Forme typhoïde. Disparition de l'exanthème après trois jours de durée. Desquamation furfuracée. Guérison.

Fille Evano, primipare, 19 ans, née à Lorient (Morbihan), couturière de son état. Venue à Paris en novembre 1860. Fièvre typhoïde à 14 ans, dont elle s'est promptement rétablie. Menstruée à 15 ans. Dernière époque menstruelle en août 1861. Pas d'accidents pendant la grossesse. Accouchée à la Maternité le 12 juin 1862, d'une fille vivante, à terme. Mouvement fébrile le 16 juin.

17 juin. — Pointillé rouge très abondant et très prononcée sur toute la surface du corps, et notamment à la partie antérieure de la poitrine et sur la face interne des cuisses. Prostration, stupeur, narines pulvérulentes, langue rouge et sèche; luette et voile du palais excessivement rouges ; muqueuse pharyngienne à l'état normal.

Ventre très sensible à la pression surtout dans la région hypogastrique, globe utérin volumineux et déjeté à droite. Ni diarrhée ni vomissements. Chaleur interne à la peau ; pouls fort et bondissant à 120.

Respiration accélérée, céphalalgie, sommeil assez bon ; pas d'albumine dans l'urine. La veille, ce liquide examiné par la chaleur, n'a donné qu'un léger précipité blanchâtre.

18 juin. — La rougeur scarlatineuse a diminué partout, mais la langue reste d'un rouge ardent, dépouillée de tout enduit. Même rougeur de l'isthme du gosier. Pulvérulence des narines. Hébétude de la face. Aspect étonné, typhoïde ; pouls à 128 ; moins de prostration que la veille.

19 juin. — L'exanthème n'existe plus que sur le ventre et la partie supérieure des cuisses ; chaleur modérée à la peau ; pouls à 108 ; langue très rouge, mais humide ; pas de rougeur anormale à la gorge ; il n'y a plus de pulvérulence des narines ; ventre indolent, selles normales. Sommeil bon, faciès meilleur, pas d'albumine dans l'urine.

20 juin. — Disparition complète de l'éruption ; pas de chaleur à la peau ; pouls à 102 ; expression faciale bonne, langue rouge, humide, sans enduit.

24 juin. — En passant le doigt sur les parties qui ont été le siège de l'éruption, on sent une rudesse, indice du commencement de la desquamation. Pas de fièvre. Etat général satisfaisant.

La desquamation se prononce davantage les jours suivants, surtout sur le tronc et les cuisses, mais reste furfuracée. Pas d'expoliation par lambeaux.

26 juin. — La malade sort en bon état.

Observation III (d'Hervieux).

26 ans, primipare. Accouchement à terme sans accident, symptômes d'invasion de la scarlatine le troisième jour de couches. Éruption généralisée le quatrième. Disparaît après cinq jours de durée. Apparition urticaire à cette époque. Desquamation. Guérison.

Fougaux, 21 ans et demi, primipare, née à Montharey (Jura), venue à Paris à 23 ans, où elle se fit domestique. Menstruée à 16 ans. Fluxion de poitrine à 17. Devient enceinte en septembre 1861. Nausées pendant les cinq premiers mois. Accouche à la Maternité le 14 juin 1861 d'une fille vivante et à terme du poids de 3 kilog. Délivrance naturelle. Fièvre, courbature, malaise le 17 juin. Deux garde-robes liquides dans la journée.

Le 17 au soir, peau chaude, pouls à 120, langue blanche, face congestionnée, mal de gorge, douleur en avalant, rougeur palatine gutturale et pharyngée, céphalalgie, agitation, insomnie. Apparition à la partie antérieure de la poitrine et de l'abdomen de petites taches rosées, ponctuées, que la pression du doigt fait disparaître, mais qui se reproduisirent aussitôt.

18. — Chaleur vive à la peau, pouls à 112, rougeur intense du pharynx, de l'isthme du gosier et de la voûte palatine. Langue dépouillée de son enduit et comme hérissée de granulations papillaires, d'un rouge briqueté. L'éruption scarlatineuse, aujourd'hui bien accusée, règne sur toutes les parties du corps sans exception, mais offre un maximum d'intensité à la face, au cou, sur le ventre et les avant-bras. Diarrhée. Ventre tendu, mais indolore. Utérus volumineux un peu déjeté à gauche; céphalalgie, sommeil bon.

19. — Pas de chaleur de la peau, pouls à 76, expression faciale bonne ; persistance de la rougeur, mais avec moins d'intensité, sur les points envahis par la scarlatine. Langue encore rouge, mais nettoyée; moins d'érythème à la gorge et au voile du palais. Appétit.

20. — Encore de la rougeur, surtout à la partie inférieure de l'abdomen. Ventre douloureux, utérus dur, encore très développé, déjeté à gauche ; langue un peu paisseuse ; appétit. Un peu de céphalalgie ; pouls à 96.

21. — Commencement de desquamation à la face interne des avant-bras. La rougeur scarlatineuse a disparu partout. Etat général très bon. Dans la soirée, la malade se plaint d'une démangeaison très vive dans tout le côté droit du corps, et à l'examen, on découvre sur la partie latérale droite du tronc, une éruption de plaques ortiées d'un blanc plus pâle que celui de la peau environnante.

L'épaule et le cou du même côté présentent cette même éruption.

22. — Nulle trace des éruptions scarlatineuses et ortiées ; langue un peu rouge, mais humide. Bon état du reste.

23. — La desquamation est générale. Elle a continué à se faire les jours suivants.

Le retour à la santé s'est bien maintenu et la malade a pu sortir complètement rétablie le 2 juillet 1862.

Observation IV (d'Hervieux).

20 ans, primipare. Accouchement naturel et à terme. Début de la maladie le premier jour de l'accouchement. Eruption de la scarlatine le troisième, apparaissant d'abord sur le tronc, puis sur les membres. Eruption miliaire très fine au ventre et à la partie supérieure des cuisses. Desquamation le septième jour de couches. Guérison complète le dixième.

Lacour, 20 ans, primipare, forte constitution, tempérament lymphatique. Fièvre cérébrale à l'âge de 10 ans ; puis pleuropneumonie la même année. Accouche heureusement le 13 juin 1862. Délivrance naturelle. Trois jours après fièvre et douleurs abdominales.

16 juin. — Eruption scarlatineuse sur le tronc et les membres inférieurs, peu prononcée à la face, qui n'est que congestionnée.

Pouls à 128, pas de céphalalgie ; pas d'angine. Anorexie. Langue blanche à la surface, rouge à la pointe et sur les bords.

17 juin. — Rougeur framboisée et en larges plaques sur la face antérieure du tronc avec éruption miliaire sur le ventre et la partie supérieure des cuisses. Pointillé rouge sur le reste des membres inférieurs et les membres supérieurs. Langue très rouge avec enduit crémeux, d'un blanc très vif à la surface. Rougeur de la luette et des piliers du voile du palais. Chaleur à la peau, pouls à 110. Peu de douleurs abdominales, lochies à l'état normal.

19 juin. — La rougeur scarlatineuse s'est effacée sur la partie antérieure du tronc ; elle persiste sur le ventre, ainsi que l'éruption miliaire, qui occupe en même temps les fesses, la face externe et postérieure des cuisses. Cette même éruption miliaire s'observe au pli du cœur de chaque côté. Langue moins rouge, dépouillée de son enduit et plus humide. Bonne expression de la face. Pouls à 108.

20 juin. — En grande partie éteinte sur le tronc, la rougeur scarlatineuse subsiste encore aux cuisses, mais moins prononcée que la veille. En poussant le doigt sur les parties qui étaient le siège de l'éruption miliaire, on sent les aspérités auxquelles donne lieu le soulèvement épidermique. Langue rose et humide, chaleur modérée à la peau, appétit.

21 juin. — Pas de fièvre P. 76. L'éruption scarlatineuse a disparu ; quant à l'éruption miliaire, on la retrouve encore à la région dorsale sous forme de ceinture de 3 à 4 travers de doigt de largeur.

22. — Desquamation manifeste sur le ventre, la partie supérieure des cuisses, le dos, le pli des coudes, et, en général, sur tous les points où a existé la miliaire.

Partout ailleurs on ne constate la desquamation qu'en raison de la rudesse particulière de la peau. Etat général excellent.

24. — La desquamation continue et est devenue très sensible sur toutes les parties du corps, mais elle est plutôt furfuracée que lamelleuse, tant les écailles sont petites.

25. — La malade sort en voie de guérison.

Observation V (d'Hervieux).

Scarlatine au sixième mois de la grossesse. Avortement le deuxième jour de l'éruption. Généralisation de l'exanthème avec éruption miliaire sur le ventre, les aines et la partie supérieure des cuisses. Desquamation franche. Guérison complète le vingt-deuxième jour.

Xarvouelle, 19 ans, née à Autun (Saône-et-Loire). A Paris depuis l'âge de 16 ans, domestique, maladive sans avoir jamais eu de maladie grave. Devient enceinte à la fin de novembre 1861. Nausées et vomissements pendant toute la durée de la grossesse. Fièvre pendant les trois ou quatre jours qui ont précédé la parturition. Entre à la Maternité le jour même où s'est montrée la scarlatine, le 22 juin 1862.

Aux parties qui étaient le siège de l'éruption miliaire, on sent les aspérités auxquelles donne lieu le soulèvement épidermique. Langue rose et humide, chaleur modérée à la peau, pouls à 94. Appétit.

21 juin. — Pas de fièvre, pouls à 76. L'éruption scarlatineuse a disparu. Quant à l'éruption miliaire, on la retrouve encore à la région dorsale sous forme de ceinture de trois à quatre travers de doigt de largeur.

22 juin. — Desquamation manifeste sur le ventre, les parties supérieures des cuisses, le dos, le pli des coudes, et en général, sur tous les points où a existé la miliaire. Partout ailleurs on ne constate la desquamation qu'au toucher en raison de la rudeur particulière de la peau. Etat général excellent.

24 juin. — La desquamation continue et est devenue très sensible sur toutes les parties du corps ; mais elle est plutôt furfuracée que lamelleuse.

Accouche naturellement le 23 d'un garçon vivant au terme de cinq mois et demi, pesant 750 grammes. Pas d'accidents, pas de complication hémorrhagique.

24 juin. — Un frisson suivi de fréquentes envies de vomir; prostration, narines pulvérulentes ; infection de la face et des conjonctives ; le cou, la poitrine, le ventre, le bassin et les cuisses sont le siège d'une rougeur uniforme et d'autant plus intense, qu'on la considère dans les parties les plus rapprochées de la tête ; aux jambes elle est à peine marquée ; aux membres supérieurs elle existe très accusée, mais moins que sur la poitrine et l'abdomen. Respiration accélérée, langue blanche à la surface, rouge sur les bords ; légère rougeur à l'isthme du gosier ; ventre volumineux, mais indolore ; soii fntense, constipation, céphalalgie, agitation, insomnie, pouls à 120.

Dans la soirée, la face se tuméfie et se congestionne, les yeux deviennent larmoyants, l'éruption se généralise et prend une teinte framboisée, en même temps que l'on constate plus distinctement le piqueté propre à la scarlatine; abattement profond ; soif continuelle, ventre douloureux à la pression ; pouls à 128.

25 juin. — L'éruption persiste aussi intense et plus générale que la veille ; langue d'un rouge vif sur les bords, limoneuse sur la ligne médiane ; rougeur scarlatineuse de la voûte palatine, de l'isthme au gosier de la paroi postérieure au pharynx. Pouls plein et fréquent à 128. Développement et météorisme du ventre; congestion de la face ; abattement, excavation des yeux, altération des traits ; respiration difficile, plaintive, répugnance de la malade à se mouvoir, et notamment à se mettre sur son séant ; soif ardente, anorexie ; pas de garde-robes.

26 juin. — L'éruption occupe toute la surface du corps, mais

elle a son maximum d'intensité à la face antérieure de l'abdomen, aux plis inguinaux, aux fesses et à la partie supérieure des cuisses. Dans ces régions, une éruption miliaire, constituée par des myriades de petits vésicules contenant un liquide lactescent, s'est surajoutée à l'éruption scarlatineuse. Le pharynx, le voile du palais et la langue sont d'un rouge briqueté; les conjonctives, fortement injectées, sécrètent un produit muco-purulent.

Diarrhée. Peau brûlante ; pouls à 132 ; prostration excessive ; plaintes continuelles ; agitation ; sommeil troublé par des cauchemars ; respiration très gênée ; état général alarmant.

27 juin. — Même gravité de l'état général ; la rougeur scarlatineuse a pâli, surtout dans les parties supérieures ; mais l'éruption miliaire s'est généralisée ; elle existe partout où la peau présente une certaine finesse, à la partie antérieure du tronc, à la face interne des cuisses, au cou, à la face palmaire des membres supérieurs, etc. Même abattement ; état de souffance entretenu par la persistance des douleurs abdominales ; pas de vomissements ; diarrhée ; pouls large et ondulant à 120 ; une épistaxis pendant la nuit ; paupières toujours injectées.

29 juin. — Amélioration notable dans l'état général ; cessation des douleurs de ventre ; peau noire, chaude, pouls ralenti et moins fort à 104 ; langue d'un rouge moins vif ; meilleur aspect de l'isthme du gosier ; bonne expression faciale ; éruption pâlie partout ; commencement de desquamation à la face, au cou et sur la partie antérieure de la poitrine.

Les jours suivants, la desquamation continue et s'accuse principalement dans les points où la miliaire a commencé à paraître, c'est-à-dire au ventre et à la partie supérieure des cuisses. Dans ces régions, elle se fait par lamelles assez larges, tandis que sur les autres parties du corps elle est furfuracée. L'état général continue de s'améliorer ; le pouls descend peu à peu jusqu'à son niveau normal ; la peau reprend sa température habituelle ; les

traits recouvrent leur expression ; la langue et le pharynx perdent leur rougeur morbide ; la soif et la diarrhée disparaissent; les douleurs abdominales ont cessé. Les forces et l'appétit renaissent et le 15 juillet la malade sort parfaitement guérie.

OBSERVATION VI (d'Hervieux).

Accouchement à terme. Début de la scarlatine le deuxième jour des couches. Eruption siégeant principalement à la face et au tronc. Phénomènes généraux graves: agitation, délire, eschares gangréneuses à la vulve. Extension de la scarlatine aux membres inférieurs le troisième jour. Disparition de l'exanthème le cinquième. Guérison complète le huitième.

Boissard, 27 ans, primipare, passementière, née à Paris et l'ayant toujours habité. Pas de maladies antérieures graves.

Bonne constitution. Entre à la Maternité le 14 septembre 1862, et accouche le 15 d'un garçon vivant, à terme, et pesant 3450 grammes. Délivrance naturelle.

Transportée à l'infirmerie le 17, nous la trouvons dans l'état suivant : chaleur intense à la peau, pouls à 144, langue blanche, bouche amère, rougeur d'apparence scarlatineuse à la face, au cou et sur le tronc, mais plus intense sur la paroi antérieure de l'abdomen qu'à la poitrine et sur les autres régions envahies ; rien encore sur les membres, soit inférieurs, soit supérieurs ; rougeur peu intense du pharynx et de l'isthme du gosier ; ventre douloureux à la pression ; utérus volumineux rejeté à droite, défonçant en haut le niveau de l'ombilic, et très sensible au moindre attouchement. Prostration, pas de réponse aux questions, agitation et délire toute la nuit ; cette femme prétendait avoir entendu des cris, avoir vu ses parents malades, larges eschares à l'angle inférieur de la vulve qui est recouvert de détritus noirâtres.

18 septembre. — Chaleur à la peau, pouls à 116, soif intense,

langue d'un rouge vif sur les bords. Même rougeur au voile du palais, de l'isthme du gosier et du pharynx ; sensation illusoire d'appétit. L'éruption constatée la veille, s'accuse davantage, et prend de plus en plus le caractère scarlatineux. La rougeur est pointillée sur la partie antérieure de la poitrine et du cou, uniforme sur l'abdomen. Utérus toujours très volumineux et très sensible à la pression. Sommeil bon. Etat général meilleur.

19 septembre. — L'exanthème s'est étendu aux cuisses ; il règne encore sur les parties envahies du vulve. Chaleur à la peau ; pouls à 96, soif intense ; langue rouge à la pointe et sur les bords, saburrale à la surface, ventre indo.ent pas de sensibilité dans la région utérine.

20 septembre. — L'éruption a en partie disparu ; elle n'existe que sur la paroi antérieure de l'abdomen. Elle est presque entièrement éteinte sur la face, le cou, la poitrine et les urines, moins de rougeur à la gorge ; encore de la rougeur sur les bords de la langue ; soif moins vive ; peau chaude, pouls à 96. Les eschares vulvaires sont tombées ; les plaies sous-jacentes détergées.

Observation VII

Accouchement naturel au terme de huit mois et demi. Invasion de la scarlatine le premier jour des couches. Eruption le deuxième. Durée de l'éruption : huit jou's. Desquamation. Guérison complète le quatorzième jour.

Loirelet, 19 ans, primipare, originaire dę Bazoche-Gonet (Eure-et-Loire), habite Paris depuis l'âge de 2 ans, femme de chambre depuis l'âge de 15 ans. Pas de maladies graves antérieures. Accouchée le 4 août 1863 d'un garçon du terme de huit mois et demi et pesant 2.400 grammes.

Fièvre et malaise le soir même de l'accouchement.

Le lendemain, 5 août, éruption scarlatineuse sur toute la surface cutanée. Cette rougeur uniforme et en plaques sur le tronc, le cou et la face, est pointillée sur les membres. Langue recouverte d'un enduit blanchâtre, rouge à sa pointe et sur ses bords. Rougeur très intense du voile du palais et de l'isthme du gosier. Chaleur brûlante à la peau, pouls développé, bondissant, à 124. Ventre souple et indolent, utérus rénitent, encore volumineux, occupant la ligne médiane de la région hypogastrique ; pas d'appétit ; soif ardente, ni nausées, ni vomissements ; céphalalgie ; expression faciale bonne ; vivacité du regard ; sommeil bon.

6 août. — L'éruption, très vive sur le tronc, s'est accusée davantage sur les membres ; face rouge et congestionnée ; langue saburrale, rouge sur les bords et à la pointe ; luette et piliers du voile du palais gonflés, d'un rouge vif, et recouverts d'un enduit pultacé blanc comme celui de la langue, déglutition difficile ; pouls développé et tendu à 120 ; ventre souple et indolent. Quelques nausées, céphalalgie ; sentiment de lassitude et d'abattement, douleur à la pression des globes oculaires ; soif très vive, sensation illusoire d'appétit ; nulle altération des traits.

7 août. — L'éruption scarlatinuse présente une égale intensité sur toutes les parties du corps sans exception ; la langue, la luette et les piliers sont toujours recouverts d'un enduit pultacé blanc et fibrineux ; la paroi postérieure du pharynx est d'un rouge ardent ; peau chaude ; pouls à 116 , soif continuelle ; ventre souple et indolent ; ni diarrhée ni vomissements.

8 août. — Une défaillance ce matin avant la visite : chaleur vive à la peau ; pouls à 112 ; face congestionnée, la rougeur scarlatineuse paraît plus intense sur les membres que sur le tronc ; l'enduit pultacé qui recouvrait la langue, la luette, les

piliers et les deux amygdales a presque complètement disparu et laisse à découvert la muqueuse bucco-pharyngienne d'un rouge ardent. Rien du côté du ventre et des organes génitaux ; sentiment de souffrance dans tous les membres; peu de sommeil parole nerveuse et tremblotante, céphalalgie.

9 août. — Persistance de la rougeur sur le tronc et aux extrémités ; peau très chaude et très sèche ; pouls à 116 ; langue d'un rouge briqueté, sans enduit, amygdales rouges et gonflées, même soif ; pas d'appétit.

11 août. — La rougeur de la face et du tronc a pâli ; elle reste très intense sur les membres. Chaleur plus modérée de la peau; pouls à 104; moins de rougeur à la langue et de tuméfaction au pharynx. Pas de soif; sentiment de mieux.

13 août. — La desquamation a commencé sur la face et le tronc, à peine sensible sur les membres ; pouls à 84 ; moins de rougeur de la langue et de la muqueuse pharyngienne ; appétit ; sommeil bon, meilleure expression faciale.

Les jours suivants, la desquamation continue de se généraliser ; les forces et l'appétit reviennent. Le mieux se prononce de plus en plus et la malade sort parfaitement guérie le 18 août 1863.

Observation (de Hardy).

(*Dublin médical journal*, 1858).

Mme B... vient à Dublin pour faire ses couches, l'accouchement a lieu le 19 octobre 1867. Cette femme a toujours été délicate, et ses forces ont été en grande partie épuisées par les soins qu'elle a donnés à sa mère paralysée. Quelques jours auparavant son accouchement elle fut atteinte d'une influenza qui l'affaiblit beaucoup, de telle sorte que j'avais des craintes sérieuses quant à la terminaison de l'accouchement. Tout marcha bien cependant jusqu'au quatrième jour de ses couches, où son pouls

s'accéléra et où se déclara une violente fièvre; peu après apparut sur tout le corps et sur les extrémités un érythème scarlatineux. Pendant les premiers jours de la maladie état général grave, avec délire, mais peu à peu les symptômes fébriles disparurent et la malade entra en convalescence. Les lochies pendant ce temps continuèrent à couler, mais elles prirent une odeur si désagréable que la nourrice de l'enfant avait toutes les peines du monde à les désinfecter.

Il régnait en ce moment une violente épidémie de scarlatine à Dublin. Hardy fait remarquer que la scarlatine puerpérale n'éclata que le quatrième jour des suites de couches. Quand cette affection éclate les deux premiers jours son expérience personnelle lui permet d'affirmer comme Halahan que la maladie est presque toujours mortelle.

Observation I

Du Dr Robertson, accoucheur en chef de la Maternité de Glascow. *British médical journal*, 1875, p. 640.

F. M..., âgée de 26 ans, forte campagnarde, est admise à la Maternité le 13 mars; elle occupe le lit voisin de celui de la femme qui succomba à une attaque de fièvre puerpérale intense. Après 18 heures d'un travail assez pénible, elle met au monde un enfant mort né, mais vigoureux, et qui devait avoir succombé depuis peu d'heures seulement. Bonne santé jusqu'au 15 mars, où elle ressent un violent frisson, suivi de nausées, de malaise général et de douleurs abdominales : T. = dans l'aisselle 102 Farenheit, pouls 100. Le 16 mars matin, face d'un rouge éclatant, ainsi que le cou, le tronc et une partie des extrémités, langue framboisée, gorge rouge et légèrement douloureuse. T. = 103 Farenheit. P. = 120, douleurs abdominales, lochies peu abondantes, mais normales. Le 17 mars, T. = 104 Farenheit, pouls 130, le soir, petit, douleurs abdominales marquées, mais qui diminuent

un peu, grâce au castoreum. Le 18 mars, T. = 104, P. = 120 ; les douleurs abdominales sont beaucoup plus faibles, peau moite, langue et pharynx très rouges. 19 mars, l'état général est moins satisfaisant. T. = 104, pouls 124, petit et faible, langue sèche ; quelques pétéchies sur les membres inférieurs, on abandonne la diète lactée pour une nourriture plus fortifiante, avec thé de bœuf, etc. 20 mars, état général plus satisfaisant, elle se plaint vivement de sa gorge. 21, l'érythème s'éteint, badigeonnages pharyngés avec l'acide phénique, peu d'urine, mais celle-ci n'est nullement albumineuse. La malade est en pleine desquamation, urines légèrement albumineuses. A partir de ce moment guérison graduelle, l'albuminurie cède à l'usage de l'acide gallique. Elle quitte l'hôpital le 23 avril.

Observation II (de Robertson).

Cette observation est due à l'obligeance de M. Barlow mais j'ai vu la malade et confirmé le diagnostic.

M..., 19 ans, robuste et bien portante, accouche le 21 mars d'un enfant bien portant après un travail normal et facile. Elle va bien jusqu'au 23, où elle est prise d'un mal de gorge assez violent, avec frissons et élévation de la température et malaise général. 24 mars, le mal de gorge continue. T. 103 25 mars, éruption scarlatineuse typique et intense sur le cou, la poitrine et les extrémités supérieures, langue framboisée ; l'angine est moins intense. 26 mars, l'éruption s'est généralisée à tout le corps. 29 mars, les lochies sont moins abondantes. Douleurs dans la région de l'hypogastre, applications thérébentines sur le ventre. On ordonne en outre, une once de castoreum et 20 minimes de teintures d'opium. 30 mars, amélioration dans la santé générale, lochies moins abondantes, l'érythème scarlatineux est en train de s'éteindre. 6 avril, desquamation évolue favorable-

ment. 8 avril, urines légèrement albumineuses. 26 avril, plus d'albuminurie. Elle quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION I (de Martin).

(*3. fur geburtshulfe und gynæcologie*, 1 vol., p. 384).

Fr. Harms, 22 ans, primipare, n'a jamais été malade dans son enfance, menstruée depuis l'âge de 13 ans ; entrée à la Maternité 3 semaines avant son accouchement. Accouchement naturel d'une durée de 22 heures, enfant du sexe féminin pesant 9070 grammes, très vigoureux, qui s'est présentée en OIGA : Bien portante jusqu'au soir du deuxième jour, où elle ressent un violent frisson suivi d'une sensation de constriction au niveau de la poitrine. La température monte rapidement à 40°, puis tombe à 39, après une transpiration abondante. Pouls 84 le matin, 122 le soir. Rien d'anormal du côté des organes génitaux, on touche cependant par mesure prophylactique une déchirure du périnée au nitrate d'argent.

Troisième jour. T. 38°,4 matin, 38°,6 soir Pouls. 136 matin, 148 le soir, selle abondante après une purgation à l'huile de ricin, grand abattement. Pharynx rouge, très tuméfié, seins douloureux et rempli de lait, rien du côté de la déchirure périnéale, lochies abondantes.

Quatrième jour. T. matin 39°. Pouls 140; malgré un bon sommeil la malade se plaint d'un violent mal de tête sur tout le corps, mais principalement sur la moitié supérieure, érythème scarlatineux intense, face rosée, mais lèvres et nez d'un rouge bleuâtre frappant, gosier très rouge, gonflé, recouvert d'un enduit pultacé ; langue framboisée, le ventre n'est pas sensible à la pression.

Cinquième jour, on transporte la malade à la Charité, où elle succombe le matin du sixième jour, température très élevée au moment de la mort.

A l'autopsie, desquamation abondante sur tout le corps. Endométrite, périmétrite, lymphangite interne, gonflement de la substance des seins, angine ulcéreuse.

OBSERVATION II (de Martin).

A. Liesegang, 30 ans, primipare (registre de la policlinique, 1868-1869), accouche au bout de 9 heures d'un travail facile d'un enfant, présentation O. I. G. A. 37 heures après l'accouchement, frissons, T. 40°,2. P. 128, sans cause appréciable du côté des organes.

Troisième jour. T. 38°,2 et 38°,9. P. 135, prostration, céphalalgie, nausées, dysphagie, déchirure vaginale assez étendue, mais rien du côté de l'utérus.

Quatrième jour. T. 40°,4, érythème scarlatineux intense sur tout le corps, gosier rouge, gonflé, amygdales grosses un peu exulcérées, l'ulcération intestinale semble augmenter de volume et recouverte en partie par un exsudat blanchâtre.

On transporte la malade à la Charité où elle succombe le septième jour.

A l'autopsie, desquamation abondante sur le corps, endométrite, foyer de paramétrite à droite, pleurésie endocardique, tuméfaction et congestion des principaux viscères de l'abdomen, épiglottite et pharyngite.

OBSERVATION III (de Martin).

Nassau (registre de la Maternité, 1868), s'est toujours bien portée. Elle accouche après 19 heures d'un travail naturel, d'un enfant vivant pesant 2990 grammes. Bon état général pendant les trois premiers jours ; le soir du quatrième jour, frissons, T. 40. P. 124. R. 40, seins gros tendus, douloureux à la pression, lavages vaginaux créosotés : les frissons recommencent le

huitième et le neuvième jour, vulve et vagin tuméfiés, déchirures vagino-valvulaires nombreuses et suppurantes. Dysphagie intense, pharynx très gonflé.

Le septième jour (quatrième jour de la maladie), érythème scarlatineux, avec miliaire surtout sur les avant-bras, diarrhée, l'érythème n'envahit pas le ventre, bien que la ligne de démarcation ne soit pas bien marquée. T. 41. P. 140. R. 48-50.

Le huitième jour, T. 40°8, P. 140, R. 48-50, la malade n'a plus sa connaissance, rate tuméfiée, l'éruption de miliaire est très étendue.

Le neuvième jour, T. 41, P. 140, R. 56-60, la malade s'éteint après une nuit agitée le dixième jour.

Autopsie. — Desquamation sur le corps, œdème pulmonaire, hypermégalie splénique, péritonite, néphrite parenchymateuse, endométrite, angine pultacée ulcéreuse, laryngite ulcéreuse.

Sur 16.000 accouchements qui ont eu lieu dans cette clinique et à la policlinique, on ne trouve que trois cas de scarlatine dans les suites de couche.

L'auteur rejette la division de Winkel en scarlatine primitive et en scarlatine secondaire, il croit que celle-ci devrait bien plutôt rentrer dans l'érysipèle puerpéral.

Observation I (de Olshausen).

Archives allemandes de gynécologie, 1876.

Le 3 janvier.— Une tripare, qui se trouvait depuis quatre semaines à la Maternité, est prise de malaise qui dure deux jours; le deuxième jour soir, utérus sensible. T. 38°,5. 12 heures plus tard, c'est-à-dire le troisième jour, frisson violent et T. 41°, le lendemain érythème scarlatineux étendu sur tout le corps, pharynx un peu rougeâtre mais pas de dysphagie ; pendant quelque temps l'utérus est aussi sensible, mais il n'y eut ni écoulement suspect, ni péri, ni paramétrite. Desquamation le septième jour;

on déconstipe la malade avec 8 grammes d'huile de ricin. Huit jours après le début de la maladie, état parfaitement normal, jamais il n'y eut d'accidents nerveux. Au moment de son renvoi, vingt-cinq jours après le début de la maladie, la desquamation était encore visible.

Il n'existait pas de fièvre puerpérale à la Maternité; on ne peut pas remonter à l'origine de l'épidémie.

Observation II (de Olshausen) (*id.*).

Une primipare, accouchée le 17 janvier, que faute de place on avait dû laisser près de la malade précédente, tomba malade quatre jours après ses couches. Le cinquième jour après son accouchement. T. 40°,4. Pouls 136, le lendemain exanthème scarlatineux très étendu et violent mal de gorge, mais la marche de la fièvre fut très favorable, neuf jours après son accouchement l'exanthème avait complétement disparu ; le lendemain du neuvième jour, c'est-à-dire le dixième, desquamation, qui s'accomplit au milieu de l'apyrexie la plus complète. Aucune complication du côté des organes génitaux et du bas-ventre.

Observation III (de Olshausen) (*id.*).

Femme C..., bien portante, n'a jamais eu la scarlatine, accouche le 27 janvier à 8 heures du matin d'un enfant qui est son troisième; travail si facile et si rapide que la sage-femme ne put arriver qu'une demi-heure après l'arrivée de l'enfant ; elle retire le placenta, on n'appelle aucun médecin auprès de la nouvelle accouchée. Le 28, frisson. T. 39°,9. Le 29, figure congestionnée, rouge. P. 140. T. 40° peau humide. Utérus un peu sensible à la pression au début, puis insensible comme à l'état normal, la poitrine et le dos étaient atteints d'un érythème scarlatineux très net, moins marqué au niveau du cou, pas de

dysphagie, quoique le gosier soit légèrement rougeâtre, mais le lendemain le mal de gorge apparaissait. Nausées, vomissements, diarrhée, épistaxis. Le 31, T. 40°,9 le matin et 41° le soir. P. très fréquent 140, langue framboisée. Insomnie, léger délire. Le 31, apparaît un ictère léger, pas d'albuminurie. L'exanthème persista jusqu'à la mort, il avait une apparence blafarde, un peu atténuée par l'ictère. Le septième jour de la maladie, délire plus violent, carphologie, et la mort survient malgré un traitement énergique, consistant en bains froids, sulfate de quinine, vers le huitième jour de la maladie.

Autopsie. — Rien aux organes génitaux, les lymphatiques, qui partent de l'utérus, sont parfaitement normaux, reins malades, très congestionnés. Rate un peu tuméfiée. Rien de manifeste au foie.

R. — Pas d'épidémie à Halle en ce moment de l'année, l'origine de l'affection resta inconnue.

Observation IV (de Olshausen).

Femme C..., primipare de 25 ans, accouchée au forceps, grosse déchirure au périnée lors de la sortie de l'enfant, qui passe inaperçue, l'après-midi violent malaise, insomnie; le deuxième jour après ses couches insomnie, fièvre le troisième jour. T. = 39°, pouls 120. Le soir, en voyant la malade, je remarque que son teint est rouge. T. 40°,3, pouls 150, langue framboisée, gosier très rouge, légèrement gonflé; la malade se plaint d'elle-même à moi de ressentir un violent mal de gorge, tout le corps est couvert d'un exanthème scarlatineux très net, très intense, sur la poitrine et sur le ventre. Intelligence libre, périnée complètement déchiré, avec rupture partielle de la cloison recto-vaginale, les bords de la déchirure sont couverts de matières gluantes, mais ils ne sont pas gonflés, ils ne tardent

pas du reste à se déterger et à présenter un bon aspect. L'exanthème pâlit peu à peu, mais lentement. La température oscillait à partir du premier jour entre 38°,5 et 39°,1, le septième jour cependant la température s'éleva le soir à 39°,5 et à ce même moment se déclara une parotidite double, qui abcéda.

Guérison lente. Il n'y eut pas d'albuminurie ni endométrite ni périmétrite.

R. — Ici encore l'énigme de la scarlatine resta incertaine, car il n'y avait dans la localité où habitait la femme ni scarlatine ni fièvre puerpérale.

Observation (de Lucas-Championnière).

(*Journal du médecin praticien*, 1879)

La nommée C..., 22 ans, papetière, entre le 18 janvier 1879 dans le service du Dr Lucas-Championnière. Elle accouche à 10 heures du soir, d'un garçon pesant 3,100 grammes en OIGA; les suites de couches sont normales jusqu'au 24, jour où elle est prise d'un violent frisson avec douleur abdominale, qui fait placer immédiatement un vésicatoire volant sur l'abdomen. La température monte à 39, la fièvre est intense, hors de proportion, avec des phénomènes abdominaux, le 26, 40°,2, le 27, 40°, le 28 la fièvre diminua 38°, 2 et le 29 on note une éruption sur la poitrine. Vue le 30 au matin la femme a 39. Sur toute la face antérieure du tronc une rougeur diffuse, les seins sont d'un rouge écarlate. Aux points rouges dans les jours suivant, se développent des vésicules miliaires. Le 1er, le 2 février, 40°, le 1er février il y eut un violent frisson accompagné de sueurs profuses. A partir du 4 février il se fait une desquamation par plaques, d'abord petites puis larges. Depuis le 4 février la température baisse de 38° elle descend à 37°,8 le 9, le 15 février violent frisson : T= 39°,5, sensibilité du ventre, sueurs abondantes.

La fièvre persiste ainsi jusqu'au 20, où la température atteint 48 dans ce jour frissons, face rouge, langue saburrale.

Nouvelle éruption qui se généralise d'emblée. Dès le lendemain 21, la température est tombée à 37°,4 pour ne remonter qu'à 38°,2, diarrhée, sueurs. Dans les jours suivants la desquamation se fait presqu'aux mêmes points où elle s'était déjà produite.

A partir de ce jour éruptions successives se produisant avec un état de malaise notable, mais sans élévation considérable de la température, troisième éruption le 28 février, à la poitrine, à la face, aux cuisses.

Quatrième poussée le 8 mars aux coudes seulement et un peu à la face.

Cinquième éruption le 20 mars, presque généralisée, avec un peu de tuméfaction de la face et sans fièvre.

Sixième éruption le 28 mars encore généralisée, persistant fort peu.

Septième éruption le 4 avril. Cette fois l'éruption ne se montre que partiellement ; à la face, au cou, aux cuisses.

Les dernières poussées éruptives s'accompagnaient de malaise, la malade perdait l'appétit, se plaignait de sensation de chaleur et de sécheresse de la peau, la desquamation se faisait beaucoup plus rapidement que pour les premières éruptions et par écailles. Elle sortait bien guérie le 19 avril. Malgré les éruptions si fréquentes et si étendues, cette femme n'a jamais eu les caractères de dépression profonde, qu'on observe généralement.

OBSERVATION I (de Liebmann).

Archives fur gynecologie, 1879.

K. B..., couturière, célibataire, 34 ans, ordinairement bien portante (on ne sait pas si elle avait eu la scarlatine pendant sa

jeunesse) a peu de jours avant son deuxième accouchement soigné son enfant âgé de 2 ans, qui avait eu la scarlatine. Reçue en travail à la Maternité de Trieste, elle accouche facilement le 21 septembre 1874 d'un enfant à terme en position du sommet. Les premiers jours des couches se passèrent sans trouble.

Le 25 septembre. — Quatrième jour des couches, frissons, fièvre ; le 26, angine, fièvre ; le 27 fièvre intense. T. 41. Éruption sur tout le corps.

Le 28 septembre. — Elle fut transférée dans mon service.

État actuel. — Pas de troubles intellectuels, langue framboisée, passablement sèche, ulcérée sur les bords. Toute la cavité buccale est d'un rouge intense, on voit sur les amygdales plusieurs ulcérations grises, face rouge. Sur tout le tronc, particulièrement sur la poitrine et sur le ventre, exanthème scarlatineux caractéristique. Engorgements des seins, ventre mou, pas de météorisme, utérus dur, mobile, peu sensible, dépasse de deux travers de doigts les bords supérieurs du pubis, pas de périmétrite. A l'entrée du vagin on remarque une ulcération grise très superficielle, flux-lochial modérément copieux et sans odeur. Sécrétion urinaire normale, pas d'albuminurie.

28 septembre, matin. — T. = 40°, 3, pouls 116, gargarisée au chloral de K, limonade acide pour tisanes. Injections vaginales phéniquées. Soir. — T. = 40°, 3. P. 118, 3 enveloppements froids de dix minutes en dix minutes, après quoi T. = tombe à 39°, 4.

29 septembre, matin. — T. = 41°. Pouls 112. Exanthème beaucoup plus pâle ; patiente très agitée, quinine, 1 gr. 50. Le soir temp. 41°, 2, pouls 120 : patiente moitié endormie, moitié délirante. On ordonna des enveloppements froids, mais deux seulement furent exécutés, car ils ne furent pas supportés et provoquèrent une sensation de malaise, du froid, du claquement de dents.

30 septembre, matin. — T. 40°, pouls 112, violente diarrhée, écoulement d'urine involontaire, grande agitation, comme traitement, affusions froides toutes les deux heures, vin et éther le soir. T. = 40° 8, pouls 118, opium.

1er octobre, matin. — T. = 39°, 1. pouls 118, l'exanthème est presque complètement disparu, toujours de la diarrhée, l'évacuation des gardes-robes et de l'urine se fait involontairement. Le soir, T. = 39°, 4, pouls 104.

2 octobre, matin. — T. = 38°, 3, pouls 96. Le soir, T. 38°, 1. Pouls 112, pas de diarrhée. État général un peu meilleur.

3 octobre, matin. — T. = 38°, 3. Pouls, 88. Soir, T. = 37°, 9, pouls 92, l'évacuation de l'urine se fait volontairement. Pas d'albumine dans l'urine. Utérus bien contracté, état général très amélioré.

4 octobre, matin. — T. = 38°, 1. Pouls 112. Soir, T. = 38°, 5. Pouls 104.

5 octobre, matin. — T. = 39. Pouls 104. — Soir. T. = 39°, 3, pouls 108.

6 octobre. — Violente céphalalgie, avec convulsions éclamptiques, saignée d'environ 200 grammes, perte de connaissance. Dans la vessie faible quantité d'urine albumineuse. Éther le soir, pouls très fréquent, impossible à compter.

7 octobre. — Pendant une absence de 24 heures, on oublie de prendre la température de la malade, strabisme, apathie, vin, musc, etc.

8 octobre. — T. = 39°, 9, pouls 166, même état, grand météorisme ; grimaces de douleur au moindre attouchement du ventre. Soir, T. = 40°, 2, pouls 120. Vessie contient quelques grammes d'une urine albumineuse.

9 octobre matin. — T. = 38°, 7, pouls 120. Le soir T. = 39°, pouls impossible à compter, ventre resté extraordinairement sensible. Vomissements abondants d'un liquide bilieux. Stra-

bisme persistant. Spasme clinique des extrémités supérieures. Eschare considérable au sacrum.

10 octobre matin. — T. = 40°,4. Pouls impossible à compter la patiente, qui depuis plusieurs jours n'avait pas parlé, marmotte de temps à autres quelques paroles incompréhensibles. Collapsus mort à midi.

Autopsie. — 10 heures après la mort. Desquamation de la peau, anémie, œdème du cerveau, œdème des poumons, dans les hanches beaucoup de sérosité spumeuse, à droite exsudat pleurétique séro-fibrineux en grande quantité. Epanchement sérieux, abondant dans le ventre. Tout le péritoine viscéral, notamment sur la rate, le foie, les intestins, sont recouvertes d'une épaisse couche de membranes fibrineuses, molles; foie mou, turgescent; rate triplée de volume, aplatie, reins congestionnés, les capsules s'enlèvent facilement, substance corticale manifestement gonflée rien à l'utérus, petite déchirure à la fourchette avec dépôt pultacé de mucosité blanchâtre dans les trompes; quelques grammes d'urine trouble dans la vessie.

Observation II (de Liebmann) (*id*).

F. T..., 22 ans, célibataire, domestique, accouche facilement la première fois le 3 janvier 1875 d'un enfant à terme vivant après avoir passé le dernier mois de sa grossesse à la Maternité où à ma connaissance il n'était survenu aucun cas de scarlatine. Le 4 survint de la fièvre ; le 7 se manifestèrent les symptômes de scarlatine d'une façon évidente, et on la transporte dans mon service.

7 janvier matin. T. 39, 6, p. 128; pas de troubles à la sensibilité, langue rouge et sèche ; papilles très gonflées, face rouge, exanthème scarlatineux bien marqué sur le tronc, angine manifeste. Utérus sensible à la pression, bien contracté, flux lochial

modéré, violente diarrhée, les selles se font souvent d'une façon involontaire. Sécrétion de l'urine peu abondante, urine sans albumine, déchirure peu importante au périnée. Traitement, quinine, lotions froides, vin, injections vaginales phéniquées.

Soir, T. 41. P. 136.

8 janvier. — T. 40, 4. P. 116; soir T. 41, 6. P. 128.

9 janvier matin. — T. = 39°,9. Pouls 112, nuit très agitée, violent délire, faible diarrhée, exanthème encore très manifeste, utérus un peu gros et mou, toujours sensible à la pression.

Soir. — T. = 40°,4. Pouls 120.

10 janvier, matin. — T. = 39°,2. Pouls 104.

Soir. — T. = 39°. Pouls 111 ; l'utérus a un peu diminuée et est moins sensible, diarrhée a cessé. Exanthème beaucoup plus pâli.

11 janvier, matin. — T. = 38°,8. Pouls 100.

Soir. — T. = 39°,4. Pouls 116, fréquents accès de délire, nuits sans sommeil.

12 janvier matin. — T. = 39°,2. Pouls 96.

Soir. — T. = 38°,6. Pouls 116.

13 janvier, matin. — T. = 38°,4. Pouls 102. Amélioration ; la malade tousse beaucoup. Respiration vésiculaire, rude dans toute la poitrine, la desquamation commence.

Soir. -- T. = 39°. Pouls 124.

14 janvier matin. — T. = 39°,2. Pouls 124.

Soir. — T. = 40°,3. Pouls 128, desquamation régulière. Les symptômes ne montrent aucun changement qui puisse expliquer l'élévation de la fièvre. Ulcérations vaginales rouges et bien couvertes de granulations.

16 janvier. matin. — T. = 40 ; pouls 140 ; nuit sans sommeil ; la patiente se plaint de très violentes douleurs dans le ventre. Météorisme, tout le ventre est sensible à la pression.

Soir T. = 40°,6 ; Pouls 132.

17 janvier. — T. = 40°,2, pouls impossible à compter. Collapsus ; grand météorisme, violente dyspnée, agonie, mort à 11 heures.

Autopsie. — 21 heures après la mort, desquamation épidermique, œdème cérébral, avec hyperhémie, œdème des poumons, principalement aux lobes inférieurs ; dans la cavité péritonéale grande quantité d'un liquide trouble mélangé de flocons fibrineux, péritoine viscéral notamment sur les intestins et le foie couvert de pseudo-membranes fibrineuses, foie légèrement augmenté de volume, de consistance normale. Rate augmentée de volume, passablement nulle, d'un brun rouge sale. Reins un peu gonflés, couche corticale, rouge pâle, pyramides profondément injectées. Dans le petit bassin grande quantité de pseudo-membranes. Utérus de la grosseur du poing, renferme un coagulum sangiun, brun, visqueux. Muqueuse gris foncé, rate molle, déchirée, muqueuse vaginale, pâle, normale. Tissu sous-séreux des ligaments larges infiltré de pus. Vaisseaux de ce ligament remplis de pus, paramétrite purulente. Ovaire droit, petit, dur, ovaire gauche très augmenté, infiltré de sérosités et de pus, la vessie renferme une petite quantité d'une urine trouble, au crâne, peau, larynx, traces d'une syphilis antérieure.

Observation III (de Liebmann) (*id.*).

F... O..., célibataire, domestique, a eu enfant la rougeole, mais jamais la scarlatine. A séjourné pendant les derniers temps de sa grossesse (c'est la première) 43 jours à la Maternité où il n'y avait aucun cas de scarlatine. Avant son entrée à la Maternité elle n'avait été en contact avec aucun scarlatineux. Elle accouche le 14 mars 1876 d'un enfant à terme vivant en position du sommet. Accouchement normal ; elle n'allaite pas à cause de la faiblesse de ses mamelons ; 16, violente fièvre qui persiste le 17, à la fièvre s'ajoutèrent des douleurs de reins,

de la sensibilité du ventre, on la transfère dans mon service.

Soir, T. = 40°3, P. = 116 ; pas de trouble de la sensibilité. Expression du visage tranquille, la malade n'accuse aucune souffrance. Visage légèrement rouge, langue grisâtre, rouge sur les bords, elle est humide et lisse. L'exanthème scarlatineux très rouge, est composé d'une grande quantité de petits points rouges, il couvre tout le front, mais respecte les extrémités. Sur le ventre la peau a un aspect particulier, couverte, qu'elle est de nombreuses rides, à pigmentation très accentuée. Ventre mou. Utérus remonte jusqu'à l'ombilic, un peu sensible, mais se laisse palper. Plusieurs ulcérations grises sur le vagin. Lochies bien rouges, un peu fétides, traitement, quinine, injections vaginales.

18 mars. — Matin, T. = 39°, P. = 112.

19 mars. — T. 39°,2. Pouls 116; la malade a eu quelques garde-robes liquides. Sécrétion urinaire normale, pas d'albuminurie. L'exanthème a pris une teinte sombre, mamelles turgescentes, engorgées de lait. Le soir, T. 40°,2. Pouls 116.

20 mars, matin. — T. 39°,1. P. 108. Diarrhée, utérus un peu sensible. Ulcérations vaginales se nettoient. Exanthème pas changé ; pas d'angine.

Soir. T. 39°,9, pouls 104. Lotions froides sur le ventre, quinine.

21 mars, matin. — T. 38°,5, pouls 96, douleurs violentes dans le ventre et dans les reins. Exanthème moins rouge, éruption miliaire abondante.

Soir. T. 39°, pouls 112.

22 mars, matin. — 38°,3, pouls 84. Exanthème pâli, miliaire, tourne en partie à la desquamation, ventre moins douloureux.

Soir. T. 40°, pouls 84.

23 mars, matin. — T. 38°,1, pouls 80.

Soir. T. 38°,3 ; pouls 96. Utérus diminué, légère diarrhée (3 ou 4 selles en 24 heures).

24 mars. — T. 37°,2, pouls 118, abondante desquamation furfuracée.

Du 26 au 1er avril. — Température à peu près normale, sécrétion lochiale disparue; utérus disparu derrière symphyse. Mais le 21 avril. T. 38°,5, enveloppements froids, quinine.

2 avril. — T. 38°,2. Soir 39°.

3 avril. — T. 37°. Soir 39°, amélioration.

4 avril. — Érythème scarlatineux sur les seins et la face interne des bras, avec élancements douloureux en ces endroits.

5 avril. — *id.* Vagin net, lochies blanches abondantes sensibilité à la pression de l'utérus et des flancs. A partir du 6, convalescence.

Observation (de Legendre).

(Recueillie par M. Comby, interne, et M. Quantin, externe du service).

Scarlatine consécutive à l'accouchement. — Au début la légèreté des accidents fait penser à une scarlatinoïde. — Deuxième éruption, desquamation caractéristique. — Albuminurie, anasarque, éclampsie. — Guérison.

H.... (Marie), 17 ans, couturière, primipare.

Entre le 3 février à la salle Sainte-Anne, n° 1, hôpital Lariboisière (service de M. Siredey).

Accouchement normal, à terme, d'un enfant bien portant. Rien de particulier pendant la grossesse.

Elle a eu, il y a deux ans, une scarlatine, elle a duré six semaines.

Dans la journée, elle a du malaise, de la céphalalgie, sans frissons, sans fièvre; pas de douleurs abdominales, pas de nausées; mais la sœur du service, à midi, remarque une légère teinte rouge disséminée sur le ventre et le cou, il n'y a pas d'angine.

Le soir, la fièvre s'allume (40°,7) et l'on peut voir déjà sur

le ventre, le cou et les avant-bras, une rougeur diffuse, assez vague. Diarrhée.

Elle descend le 4 février à la crèche, n° 6.

Le 5. — L'éruption est plus prononcée, pointillé foncé sur la poitrine et principalement sur le cou; rougeur plus vive sur la partie inférieure de l'abdomen et aux plis de l'aîne. Au niveau de la partie interne des cuisses et de la face antérieure des coudes, on note également une efflorescence rosée, moins vive que sur le reste du corps. Il existe une *très légère angine*, le voile du palais et les amygdales sont rouges, mais non recouverts d'exsudat. La langue présente un enduit jaunâtre au centre, elle est rouge sur les bords. Rien du côté des organes génitaux, pas de douleurs de ventre, pas de fétidité des lochies. État général satisfaisant, la malade continue à allaiter son enfant.

Le 7. — Desquamation de la langue. La rougeur de la gorge a disparu, la peau est sèche, un peu rugueuse, et reprend son aspect habituel. La fièvre est tombée, il n'y a pas d'albumine.

Le 9. — L'exanthème a complètement disparu et on note une légère desquamation furfuracée au pourtour des articulations. Pas d'albumine.

L'apyrexie est complète, et la malade est considérée comme guérie; le diagnostic qui avait été fort discuté jusqu'à ce jour, s'établit en faveur de la *scarlatinoïde puerpérale*, telle que les auteurs l'ont décrite jusqu'ici; l'interne du service seul croit à la présence de la scarlatine à allures bénignes.

Le 11. — Nouvelle ascension de la température le matin (39°,2), seconde éruption plus étendue et plus vive que la première fois, les bras et les cuisses au niveau des articulations et vers leur face interne sont en même temps envahis. Pas d'angine, pas de douleur, pas d'albumine.

Le 12. — Douleurs articulaires dans les épaules et dans les

genoux ; l'éruption pâlit, la langue est dépouillée. Plus de diarrhée. Pas d'albumine.

Le 18. — Les douleurs rhumathoïdes qui ont été trop vives jusqu'ici diminuent d'acuité. La desquamation commence au niveau des avant-bras et du ventre ; il existe de la céphalalgie et des sueurs profuses. Langue très rouge. Pas d'albumine.

Le 21. — La desquamation s'établit normalement ; la température monte à 40°, le matin après un examen attentif on découvre quelques fissures sur les mamelons. L'état local au point de vue utérin est parfait.

Le soir, le thermomètre redescend, il n'y a donc pas de complication sérieuse. Pas d'albumine.

Le 23. — La peau est en bonne moiteur, il n'y a plus de douleurs dans les articulations.

En examinant les urines, comme on le faisait tous les matins, on trouve pour la première fois de l'albumine en grande quantité, il se forme par l'addition de l'acide nitrique un précipité massif. Régime lacté.

Le 25. — La desquamation continue. Même quantité d'albumine. Pas de fièvre, mais les paupières sont bouffies, le visage est tuméfié.

Le 28. — Même état, albumine 2 gr. 1/2 par litre.

Le 5 mars. — Sous l'influence du régime lacté, la quantité d'albumine diminue rapidement. Albumine 0,50 centigrammes par litre. Dans l'après-midi, la malade est assise sur son lit, quand elle est subitement prise d'éblouissements, de vertiges, puis de syncope. Les convulsions cloniques succèdent peu après. Elle eut ainsi dans le courant de la journée 7 ou 8 accès d'éclampsie. Traitement : purgatifs, chloral 4 grammes en potion.

Le 6. — Il n'y a pas eu de nouvelles attaques. La vue reste un peu trouble. Pas de fièvre.

Le 12. — Rien de nouveau à noter. La desquamation est presque entièrement effectuée.

La quantité d'albumine reste stationnaire : 0,58 centigrammes à 1 gramme. La lactation a continué à s'effectuer, sans suspension.

Le 26. — L'enfant est retiré à la mère, qui n'a plus suffisamment de lait. Bains de vapeur. Julep : perchlorure de fer, 25 gouttes.

Le 31. — Même état. Encore un peu d'albumine.

OBSERVATION II (de Legendre).

(Recueillie et communiquée par M. le Dr Cheurlot).

Scarlatine après l'accouchement. — Erythème anormal au début et considéré comme de la scarlatinoïde. — Albuminurie, urémie, douleurs articulaires. — Contagion. — Guérison.

Mme C..., 22 ans, bien conformée, primipare, bien réglée (dernière menstruation vers le milieu de mars), est accouchée le 28 décembre au forceps par M. Lucas-Championnière, d'un enfant du sexe masculin, pesant 4 kil. 500.

Le volume de l'enfant rend l'extraction pénible ; le dégagement des épaules est particulièrement difficile et se fait avec une petite déchirure de la commissure inférieure. Contusion de la lèvre gauche. Placenta énorme, délivrance normale suivie d'une métrorrhagie. Malgré l'injection sous-cutanée de deux seringues d'ergotine (solution Yvon) et la compression méthodique du globe utérin, il y a tendance à l'inertie utérine pendant quatre heures. Faiblesse grande, nausées, état demi-syncopal.

Cathétérisme : la vessie contenait une grande quantité d'urine, l'examen n'y révèle aucun produit anormal. Après la délivrance une injection vaginale avait été pratiquée avec la solution phéniquée forte.

Des compresses imbibées de la solution faible sont maintenues à demeure sur la région vulvaire.

Dans la nuit du 29 au 30, vomissement et fièvre, *sans frisson*. P. 120. T. 39°,6.

Le lendemain matin, P. 130. T. 40°. Ventre plat, parfaitement indolore. Utérus revenu sur lui-même, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies sanguinolentes et sans odeur. Œdème vulvaire plus prononcé à gauche qu'à droite ; eschares superficielles des lèvres. Urine noire, sans albumine.

Langue sèche, fendillée, dysphagie, pas d'angine, torticolis, sans le moindre engorgement ganglionnaire. Aucune poussée congestive du côté des seins.

En l'absence de tout symptôme abdominal et thoracique, le Dr L. Ch. croit à une fièvre traumatique ; il explique l'état de la langue par l'absorption de l'acide phénique, dont l'urine noire est une preuve évidente.

Du 30 au 31. — L'état devient plus grave ; fièvre plus violente. T. 41°. P. 138. Délire, insomnie, diarrhée. Aucun symptôme de lymphangite utérine. Œdème de la lèvre gauche augmenté ; eschares grisâtres. Lochies normales.

Le 31 au soir. — M. le Dr Siredey, appelé en consultation, ne trouve aucune maladie organique ; mais n'admettant pas que le traumatisme de la vulve puisse donner une fièvre avec 41° de température, réserve son diagnostic.

Du 31 décembre au 1er janvier. — Nuit très agitée, délire avec phénomènes ataxiques ; la malade veut quitter son lit. Dans la matinée le calme survient, et à neuf heures MM. Siredey et L. Championnière constatent sur les jambes, sur le tronc, et plus particulièrement à la partie postérieure du corps, un exanthème scarlatineux typique. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Pas d'angine.

M. L. Ch. se croit en présence d'un exanthème scarlatiniforme

analogue à ceux qu'il a observés à la Maternité de Cochin, et dont il a fait une relation fort intéressante, dans son journal (1879), exanthème qui, par sa marche, sa durée, sa propriété remarquable de récidiver à brefs délais, et surtout sa non-transmissibilité, ne ressemble en rien à la scarlatine. M. Siredey est moins catégorique.

Le 1er janvier. — Légère amélioration. Mais le soir, la fièvre qui s'était calmée, reprend avec la même violence, et la malade délire toute la nuit. Angine érythémateuse. Miction difficile, on est obligé de sonder la malade tous les jours.

Le 2 janvier. — Défervescence notable. T. 38°. P. 96. Nuit plus calme, l'éruption s'est étendue à tout le corps, elle est d'un rouge vif, granité. L'angine est peu intense. Il se développe des douleurs rhumatismales dans les épaules et les coudes. La langue est sèche, et rouge sur les bords ; l'amélioration se maintient les jours suivants.

Le 4 janvier. — Mlle L..., maîtresse sage-femme, âgée de 26 ans, qui gardait Mme C..., est prise d'un mal de gorge avec torticolis, sans fièvre.

Le 5. — Mlle L... se plaint d'une violente courbature. Fièvre. La gorge est rouge, les ganglions sous-maxillaires, légèrement tuméfiés, sont douloureux. Aucun exanthème.

Le 6. — Elle se met au lit ; vomissements, diarrhée, fièvre violente.

Le 9. — Apparition d'un exanthème, qui se généralise, atteint son maximum le 11, et présente tous les caractères de l'exanthème scarlatineux. A partir de ce moment, cette scarlatine suit son cours normal et sans aucune complication.

Or, Mlle L... n'avait pas quitté Mme C... depuis le 27 décembre, et n'avait pu contracter la scarlatine qu'à son chevet.

L'éruption présentée par Mme C..., n'était donc pas un exan-

thème analogue à ceux qui accompagnent les maladies infectieuses, mais un exanthème de scarlatine.

Du reste, à défaut de cette preuve, les complications, qui surviennent ensuite chez la jeune accouchée, ne laissent aucun doute à cet égard : Rhumatisme polyarticulaire, albuminurie, anasarque (24 janvier), accidents urémiques, vomissements, céphalalgie, ralentissement du pouls. P. 54. Abaissement de la température, 36°.

Le 28 janvier. — Apparition des règles. Avec l'écoulement de sang la congestion rénale semble disparaître ; l'albumine diminue dans les urines, la polyurie s'établit, l'anasarque tombe, les accidents urémiques cessent. L'albumine s'est montrée dans les urines pendant encore quinze jours, mais en quantité excessivement faible.

La desquamation s'est effectuée très lentement, par grands lambeaux ; le soixantième jour de la maladie elle n'était pas encore terminée, et Mme C... n'avait pas quitté son lit.

Aujourd'hui 31 mars, la faiblesse est encore grande, la marche pénible, surtout de la jambe gauche plus particulièrement éprouvée par le rhumatisme, mais tout fait espérer un complet rétablissement.

L'enfant de Mme C.., et la nourrice, âgée de 21 ans, qui n'ont été éloignés que le jour où la scarlatine s'est déclarée chez Mlle L..., n'ont pas été atteints par la maladie.

Observation III (de Legendre).

Nous laissons la parole à Mademoiselle Lugat, ancienne aide sage-femme à la Maternité, qui a bien voulu rédiger son observation et nous la remettre :

Le dimanche 9 janvier. — En m'éveillant, je ressens un léger mal de gorge, c'était de la gêne, du picotement plus que de la

douleur véritable, il n'y avait pas de difficulté pour déglutir ; dans la soirée le mal avait un peu augmenté.

Le 10. — Je me couche comme les jours précédents à six heures du matin, mais je me réveillai plusieurs fois, gênée par la chaleur que j'éprouvais, et les picotements que j'endurais au niveau des épaules et de la poitrine. Il n'y avait pas de rougeur. Je passais par des alternatives de chaud et froid, c'étaient de petits frissons.

Le 11. — La gorge me fait sérieusement mal, j'avale difficilement en mangeant, ma salive est aussi péniblement déglutie. Je me mets de l'ouate autour du cou, et ne prends plus comme aliment que des potages. M. Siredey, qui venait voir ma malade, m'examina ; j'avais une angine érythémateuse, sans exsudat, mais intense ; il ne trouva aucun autre phénomène, mais la fièvre était forte ; il fallait donc attendre pour se prononcer sur ce qui allait se produire, il me recommanda de garder le repos, de me mettre au lit, et de ne prendre que du lait.

Le soir, grand frisson, j'eus beaucoup de peine à me réchauffer, et cependant la température de la chambre était de 19°. J'avais une forte fièvre.

M. C... me fait prendre du sulfate de quinine, 0,30 centigrammes. J'avais beaucoup de difficulté à avaler ma tasse de lait. La nuit, presque pas de sommeil, mais agitation incessante.

Le 12. — Je voulus me lever, pensant que je n'avais qu'une simple angine, mais cela me fut impossible, je ne tenais pas sur mes jambes. Le malaise augmenta : nausées, vomissements, diarrhée abondante toute la journée. Je ressentais une chaleur vive par tout le corps, et comme des picotements sur les poignets et au niveau du coude. Ce n'est que le soir que l'on constate une légère rougeur en ces points. Régime lacté.

Le 13. — L'angine est en résolution, mais l'éruption est apparue cette nuit, elle est très nette, de vive rougeur, au cou, aux

reins, et aux membres inférieurs. Il n'y a plus de doute, c'est une scarlatine. On m'isola dans une chambre éloignée des autres pièces, et on éloigna l'enfant et la nourrice que l'on gardait, sans préoccupations, auprès de Madame C... que l'on croyait atteinte d'une simple scarlatinoïde. Pas de garde-robe, miction normale.

Le 14. — La gorge va mieux, mais je ressens une démangeaison intolérable sur tout le corps, et particulièrement aux membres inférieurs. La langue est un peu sèche et rouge. Douleurs articulaires dans les genoux. Pas de garde-robe. Potages et lait.

Le 15. — Mieux. Un œuf à la coque. Pas de selles.

Le 16. — Plus d'angine, plus de fièvre, l'éruption est éteinte. Une garde-robe.

Le 21. — La desquamation commence aux orteils, puis aux poignets. Je me sens bien et commence à me lever ; mais M. Siredey me recommande de garder encore la chambre et le lit.

Je me levai définitivement le 1er février, et pus quitter la maison ; à partir de ce jour, j'examinai chaque matin mes urines, je n'y trouvai jamais d'albumine, elles contenaient seulement des sels. Je pris un bain le 10 février, et à la fin du mois la desquamation était finie.

Observation IV (de Legendre).

Scarlatine consécutive à l'accouchement. — Hésitations dans le diagnostic au début. — Douleurs articulaires. — Desquamation caractéristique. — Guérison.

M... (Émilie), 23 ans, primipare. Entre le 23 décembre 1880 à la salle Sainte-Anne, n° 8, hôpital Lariboisière (service de M. Siredey).

Accouchement le même jour, normalement, d'un enfant à terme.

Cette femme a eu la scarlatine à l'âge de 14 ans.

Pas d'accidents les premiers jours, l'utérus rétrocède régu lièrement, les seins se gonflent, il n'y a pas de céphalalgie, ni de fièvre. Lochies normales, pas de déchirures.

Dans la nuit du 25 au 26, la malade éprouve une vive chaleur générale, elle a mal à la tête, la gorge est sèche, elle a une soif ardente, elle n'a pas de frissons.

Le 26, à la visite on remarque une vive rougeur de la face, et en découvrant la malade, on voit que le cou, les bras, au niveau des articulations du coude principalement, sont le siège d'une éruption pointillée, s'effaçant momentanément sous le doigt. Rien sur le ventre, ni sur les cuisses.

Il n'y a rien à la gorge, la peau est sèche, chaude, il y a une fièvre vive, la langue est saburrale.

Cette éruption n'a pas encore de caractère bien déterminé, elle semble se rapprocher, en l'absence de l'angine et de la diarrhée, de l'érythème scarlatiniforme des femmes en couches. Passage à la crèche, n° 6.

Le 27. —L'éruption est beaucoup plus nette, elle est scarlatineuse, plus intense, elle s'est étendue à tout le corps ; la peau est chaude et brûlante, 48°,8, les yeux sont injectés, larmoyants ; la malade se plaint de gêne dans la déglutition, on voit en effet, en examinant le pharynx, une angine érythémateuse intense, le voile du palais et les amygdales sont tuméfiés, d'un rouge vif, mais il n'y a point d'exsudation. Céphalalgie, soif vive, anorexie. Rien du côté de l'abdomen, l'utérus revient dans son enceinte. C'est bien une scarlatine.

Le 29.—L'éruption pâlit, et les phénomènes généraux perdent de leur intensité. T. 40° et 40°,6 le soir. Pas d'albuminurie.

Le 31. — Rien de spécial à noter. L'éruption est presque entièrement éteinte. La fièvre est moins élevée.

Le 2 janvier 1881 (la suite de cette observation m'a été obligeamment remise par M. Quantin, externe, reprenant le ser-

vice), la desquamation commence sur la poitrine. Plus d'angine. Douleurs articulaires dans les doigts, mais sans gonflement. Pas d'albuminurie.

Le 3.—Desquamation des mains,des bras, de la poitrine ; sur la face, les écailles épidermiques sont peu larges. Douleurs rhumatismales dans les articulations des poignets, des coudes, et des épaules. Frictions avec: Vaseline 60 grammes, acide tartrique 2 grammes.

Le 6. — La desquamation continue. Pas d'albuminurie. Les douleurs ambulantes parcourent les membres inférieurs et affectent les articulations du genou et du pied.

Le 7. — Même état. Douleurs vives dans les coudes.

Le 15. — L'épiderme est en grande partie renouvelé ; cependant à la plante des pieds, la desquamation se fait encore par grands lambeaux. Pas d'albuminurie.

Exeat, guérie le 1er février.

Observation V (de Legendre).

(Recueilli par M. Comby, interne du service).

Scarlatine consécutive à l'accouchement. — Albuminurie, accidents urémiques. — Métrorrhagie critique. — Desquamation légère. — Guérison.

G..., Louise, 23 ans, couturière, primipare. Entre le 4 mars 1881 à la salle Sainte-Anne, n° 1, hôpital Lariboisière (service de M. Siredey).

Accouchement normal à terme. Légère déchirure du périnée.

Le 5, soir, la malade a une fièvre vive, 40°,8, elle a eu un frisson dans la journée, elle se plaint de céphalalgie, de soif, le ventre est ballonné et sensible, l'utérus est gros et dur. Pas de nausées, pas de vomissements.

Le 6. — Fièvre vive, 41°, malaise et céphalalgie,mais pas de

détermination locale bien accentuée, le ventre est moins météorisé et moins sensible. Rien à la gorge, rien aux seins.

Les lochies ont de l'odeur.

Elle descend le 7 mars à la crèche, n° 1.

Le 7. — On trouve une rougeur vive répandue sur le ventre, les cuisses et les jambes. C'est un pointillé très foncé sur un fond uniformément rouge. L'érythème disparaît momentanément à la pression.

Le 8. — Angine, langue saburrale, très chargée, gencives tuméfiées et rouges, on trouve pour la première fois de l'albumine dans les urines.

Le 9.—L'état général s'aggrave, la malade a du délire, l'éruption est plus intense ; il n'y a pas de convulsions éclamptiques, pas de vomissements, pas de douleurs du côté du ventre, les lochies sont abondantes et ont encore de l'odeur.

Le 10. – Au délire a succédé le coma, le pouls est très fréquent et extrêmement petit, la température baisse, l'éruption pâlit, la langue est sèche. Albuminurie.

Le 11.— Le pouls est plus fort, il devient appréciable, la malade sort de sa torpeur, la température reste aux environs de 38°, la langue se dépouille, la soif est moins vive. Plus de délire, pas de tuméfaction du ventre, ni de douleurs abdominales vives, l'utérus n'est pas encore revenu à son état normal, il est gros et couché dans la fosse iliaque gauche.

Rétention d'urine ; cathétérisme.

Le 12. — Métrorrhagie abondante. Amélioration. Pas de fièvre.

Le 14. — La desquamation commence au niveau du ventre et des cuisses.

Le 16. — La malade accuse des douleurs dans les articulations de l'épaule et du coude gauches. Il existe toujours de l'albumine dans les urines (1 gramme par litre).

La malade est mieux et demande à manger. Régime lacté. Desquamation très peu accusée.

Le 31. — L'utérus est complétement revenu.

La malade est encore dans le service (5 avril), en convalescence.

Observation VI (de Legendre).

(Recueillie par M. Coudray, interne des hôpitaux).

Scarlatine après l'accouchement. — Angine. — Éruption normale. — Miliaire. — Douleurs articulaires. — Pas d'albuminurie. — Desquamation. — Guérison.

B... (Alice), entre le 18 mars 1881 à la salle Saint-Anne n° 22, hôpital Lariboisière (service de M. Siredey).

Elle accouche le même jour, normalement. La délivrance se fait bien.

Le 21 mars. — (Troisième jour après l'accouchement), la malade a le soir de la fièvre (40°,5), de la céphalalgie, pas de vomissements, mais une angine légère, avec gêne de la déglutition, et sentiment de constriction ; on voit en la découvrant une éruption rouge disséminée sur le ventre, et la partie interne des cuisses.

On transporte le lendemain cette femme à la salle Sainte-Élisabeth, n° 33 (service de M. Constantin Paul).

Le 22. — L'éruption occupe le ventre, où elle offre le type uniforme ; les mamelles, où la rougeur pointillée est séparée de celle du côté opposé par un espace de peau intacte, tranchant vivement par sa coloration blanche sur la rougeur des parties voisines. Aux bras, aux avant-bras, aux cuisses et aux jambes, la rougeur encore pointillée occupe, suivant la remarque classique, la peau dans le sens de la flexion et du côté interne du membre. Le cou est également coloré, mais l'intensité de la rougeur à ce niveau est beaucoup moindre. Aucune trace d'éruption

n'existe au visage (1). Sur toutes ces parties siège un miliaire à vésicules petites et nombreuses qui donnent à la peau un aspect chagriné et un toucher rude. L'angine persiste avec les caractères du début; il n'existe pas de dépôt pultacé. Pas d'albumine dans les urines.

On peut écrire sur le ventre de la malade le nom de sa fièvre, et le tracé persiste pendant une ou deux minutes. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre, épais.

Le 24. — L'éruption commence à pâlir, la fièvre est moins vive; on voit là où siégeait la miliaire une desquamation circulaire au pourtour des vésicules desséchées. La rougeur du pharynx a disparu.

La langue desquame rapidement et devient très rouge. On note des douleurs rhumatismales dans les articulations de l'épaule et du coude, du côté droit.

Le 27. — La rougeur a complétement disparu, et l'éruption miliaire est en pleine desquamation furfuracée.

Le 5 avril. — La malade est encore dans le service, il n'y a plus de fièvre, plus d'angine, on commence à voir la desquamation épidermique se dessinant à l'extrémité des doigts, à la pulpe.

Pas d'albumine dans les urines.

Observation VII (de Legendre).

(Recueillie par M. Comby, interne des hôpitaux).

Scarlatine après l'accouchement. — Angine insignifiante. — Éruption nette, sans miliaire. — Pas d'albuminurie. — Guérison probable (la malade est encore dans le service).

B... (Caroline), 21 ans, entre le 27 mars 1881 à la salle Sainte-Anne, n° 21, hôpital Lariboisière (service de M. Siredey)

1. C'est un caractère considéré comme propre à la scarlatinoïde.

Pas de scarlatine antérieure. Primipare. Accouchement normal le 26 mars. Délivrance régulière.

Le 28. — Dans la journée, elle a un frisson d'une demi-heure, puis la fièvre s'allume, elle a 40°,5. On ne constate pas de météorisme abdominal, pas de sensibilité péritonéale. Un peu de céphalalgie, pas d'angine, pas d'éruption.

Le 29. — La fièvre persiste, la malade se plaint de douleurs en avalant, la gorge est en effet rouge, mais il n'y a pas de produits pultacés ; l'éruption scarlatineuse commence à se dessiner au niveau du cou, des seins, des avant-bras de l'abdomen. C'est une teinte un peu rouge, avec un granité à peine appréciable. Diarrhée. Montée du lait.

Le 30. — La coloration est beaucoup plus vive, surtout au niveau du cou et des coudes. Pas d'intensité du côté du pharynx.

Le 31. — Un peu d'agitation, la fièvre est très élevée, l'éruption passe à la couleur rose, la langue, jusqu'ici pâteuse, commence à se desquamer.

Pas d'albuminurie.

Le 1er avril. — La malade est mieux, la peau est moins chaude, la fièvre tombe. La gorge est normale.

Le 2. — On ne voit presque plus les traces de l'éruption ; la langue, maintenant dépouillée, n'a pas une coloration anormale et ne présente pas l'aspect d'une fraise, comme on le trouve indiqué dans la plupart des classiques.

Le 3. — La desquamation commence au niveau des avant-bras, en petites écailles. Bon état général. Pas d'albumine dans les urines.

La malade est convalescente dans le service.

Observation VIII (de Legendre).

(Communiquée par M le Dr Garran de Balzan).

Phlegmatia alba dolens après l'accouchement. — Scarlatine. — Albuminurie. — Urémie. — Eruptions multiples. — Plaques de lymphangite. — Guérison.

Mme D..., âgée de 24 ans, confectionneuse, d'une constitution moyenne, et d'un tempérament lymphatico-nerveux, est accouchée le 7 octobre 1880 de son premier enfant.

L'accouchement a été difficile, et s'est fait au forceps, sous l'influence du chloroforme. Après la délivrance, la malade eut une hémorrhagie assez abondante, qui céda à l'emploi d'injections sous-cutanées d'ergotine.

Le 9. — Malgré l'usage d'injections phéniquées répétées, elle fut prise de frissons violents, et de douleurs abdominales et lombaires, qui diminuèrent sous l'influence de la médication (sulfate de quinine, cataplasme, pommade mercurielle belladonée, etc.).

Le 13. — La malade allait mieux, le lait était monté, et tout accident grave semblait conjuré. L'enfant fut envoyé en nourrice.

Le 21. — La malade fut reprise de frissons, de fièvre, de douleurs lombo-abdominales, s'étendant surtout dans le membre inférieur gauche. On sentait un léger empâtement le long des vaisseaux à la face interne de la cuisse gauche, et l'on constata l'existence d'une phlébite légère. Cet état dura environ huit jours, et la malade paraissait aller mieux, lorsque le 5 novembre elle se plaignit de mal de gorge. Les amygdales étaient recouvertes d'un exsudat blanchâtre, tuméfiés, le pharynx était rouge, et l'on constata les signes de l'angine pultacée avec les phénomènes généraux habituels, fièvre légère, inappétence, état nauséeux.

Le 11. — La température axillaire atteignait 40°,8, et l'on remar-

quait sur la peau l'existence de plaques rouges, qui n'étaient autre qu'une éruption scarlatineuse. Cette rougeur débuta par la cuisse gauche, de là s'étendit au ventre et à l'épaule droite ; le lendemain la généralisation était complète, et l'éruption s'était étendue à tout le corps. La langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, et la gorge se présentait à l'examen sous l'aspect décrit plus haut.

On constatait en même temps une légère bouffissure de la face ; cet œdème se généralisa, et gagna rapidement tout le corps. Albuminurie.

Les jours suivants, l'état général paraissait s'améliorer, la fièvre diminuait, la peau présentait une rougeur moins vive, et par place une desquamation furfuracée, l'anasarque commençait à disparaître. La malade allait mieux, lorsque le 17 novembre elle eut une nouvelle poussée. La fièvre fut très vive, la température atteignit 41°, et les symptômes généraux furent très graves ; vomissements bilieux ou alimentaires, crises nerveuses et syncopes. Les urines étaient devenues rares et légèrement troubles.

Le 18 au soir. — La malade avait une dyspnée intense.

Le 19. — Le Dr Cadet de Gassicourt appelé en consultation, ordonna des bains à 35°, et pour lui, malgré les symptômes indiqués précédemment, il n'y avait pas lieu de penser à une scarlatine, vu la longue durée de l'affection. Les urines contenaient une très légère quantité d'albuminurie.

Le 21 novembre. — Dyspnée intense allant jusqu'à l'orthopnée. On constatait l'existence de râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine. L'anasarque était considérable.

La dyspnée diminua, grâce à la potion suivante :

Julep gommeux 90
Oxymel scyllitique. 30
Extrait de stramonium. 0,02

Kermès. 0,10
Teinture de belladone 1

Les jours suivants, la fièvre continua à être vive, le thermomètre marquait 41°. Les symptômes d'une angine intense persistaient. L'anasarque était très marquée, les urines légèrement albumineuses. Çà et là des traces de desquamation.

Le 23. — La dyspnée augmente et devient très intense. Les phénomènes généraux s'aggravent.

Le 26. — Attaques d'éclampsie. L'état de la malade est très grave.

Cet état dura pendant plusieurs jours, la dyspnée se produisait par poussées, alternativement avec les poussées scarlatiniformes, qui se montraient du côté de la peau. Il y eut environ huit ou neuf poussées de ce genre, dont la durée était en raison inverse de l'acuité.

La peau se fendillait, et laissait suinter une sérosité assez abondante.

Vers le commencement de décembre, la malade allait mieux, la desquamation des extrémités se fit en doigt de gant, et celle du reste du corps fut très abondante, et dura pendant plusieurs semaines, revêtant le type de la desquamation furfuracée. L'anasarque diminuait. La convalescence fut longue et présenta plusieurs complications : otite et surdité passagère, chute des cheveux et des poils, chute des ongles, altération de l'émail dentaire, eschares gangréneuses aux pieds.

Enfin le 15 mars, la malade, encore très faible, pouvait se lever et faire sa première sortie.

Aujourd'hui la malade est complétement guérie, les cheveux et les ongles repoussent, la jambe gauche est encore un peu indurée. La malade a repris ses occupations.

OBSERVATION IX (de Legendre).

(Recueillie par M. le Dr Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine.) Eruption scarlatineuse chez une femme accouchée depuis quinze jours.

Mme P..., âgée de 22 ans, primipare, accouche spontanément et à terme le 30 janvier 1881.

Les suites de couches furent naturelles jusqu'au 14 février.

La montée laiteuse qui eut lieu 48 heures après l'accouchement fut accusée, mais sans provoquer d'accélération du pouls, ni d'élévation de température.

L'involution utérine était régulière.

Le 14 février, Mme P... éprouva quelques malaises : un peu de céphalalgie et quelques nausées.

Le 15. —Le pouls qui était resté stationnaire s'éleva à 100. La température à 38°.

Le 16. — Même état, mais Mme P... se plaignit d'avoir mal à la gorge. Les amygdales étaient volumineuses et très rouges. Pouls 112. Temp. 39°.

Le 17. — L'angine est plus intense.

En examinant la poitrine je découvre de larges plaques irrégulières, très rouges et ne faisant pas saillie, quelques plaques semblables sont observées au niveau de la paroi abdominale et des membres inférieurs. Rien au visage. En présence de ces symptômes je posai le diagnostic de scarlatine ou d'éruption scarlatiniforme.

N'étant pas très sûr de mon diagnostic, craignant de me trouver en présence d'une véritable scarlatine et ne voulant pas servir de transport au contage près de mes nouvelles accouchées, je m'abstins dès lors de voir Mme P....

J'ai su que l'éruption avait disparu le lendemain, ainsi que l'angine, et que quatre jours après Mme P..., se portait bien. Malgrè tout elle resta à la chambre encore quinze jours, et aujourd'hui la santé est parfaite.

La garde très intelligente et instruite m'a infirmé qu'il n'y avait eu aucune desquamation.

Je dois ajouter que les parents de cette dame, qui avaient chez eux une petite fille atteinte de la scarlatine le 25 janvier, étaient venus dans la chambre de Mme P..., dix jours avant l'apparition de l'éruption.

Observation X (de Legendre).

Scarlatine après l'accouchement. — Pas d'angine. — Albuminurie. — Deuxième poussée éruptive. — Éruption scarlatineuse de l'enfant avec miliaire. — Guérison des deux malades.

C... (Joséphine), 29 ans, domestique, entre le 17 janvier 1880 à la salle Sainte-Anne, n° 16, hôpital Lariboisière (service de M. Siredey).

Elle accouche régulièrement le même jour, à 5 heures du matin, la délivrance se fait bien.

Le 18, nous constatons à la visite du soir que la malade a une fièvre vive, la face est injectée, elle se plaint de maux de tête, la peau est brûlante et couverte de sueurs T. 41°, 5 ; elle a, du reste, eu un frisson d'une demi-heure.

Le 19. — L'utérus suit son involution normale, il n'y a pas de douleur de ventre, pas de mé éorisme, pas de vomissements, les lochies sont normales, non fétides. i n'y a pas de déchirure du périnée, ni d'excoriations mammaires ; pas d'angine, pas d'éruptions, et cependant la malade se plaint des mêmes malaises qu'hier, et elle a une fièvre aussi accentuée.

Le 20. —L'éruption a apparu cette nuit, c'est un érythème rouge, formant un pointillé très fin au niveau des articulations du coude, du poignet et de l'épaule ; il est beaucoup moins prononcé au pourtour des genoux et des articulations du cou-de-pied, un peu plus vif à la partie interne des cuisses, et sur la totalité de l'abdomen, ce sont de véritables bandes de couleur rouge,

plutôt que des plaques laissant des portions de peau saine.

L'examen de la gorge ne donne qu'un résultat insignifiant : les pilliers et le voile du palais sont plus injectés qu'à l'état normal, il n'y a pas de tuméfaction des amygdales, pas d'exsudat, pas de gonflement des ganglions sous maxillaires, aucune douleur du reste, aucune gêne de la déglutition. Le soir la température est de 40°,5.

On saupoudre le corps d'amidon, et la malade descend à la crèche (n° 7).

Le 21. — L'éruption est dans toute sa vivacité. Pas d'angine accentuée ; la langue se desquame.

Le 22. — Toujours pas de troubles pharyngiens, l'éruption s'éteint, la température est encore élevée (38°,5). Les urines contiennent quelques flocons d'albumine.

Mais l'*enfant* qui avait continué à prendre le sein présente aujourd'hui une coloration uniformément rouge. C'est un pointillé saillant sous le doigt ; la pression modérée de la peau, ou la rayure de l'ongle sur l'abdomen, laisse une traînée blanche qui rougit très rapidement après ; sa température personnelle, prise soigneusement, est de 36°,6.

Le 23. — La desquamation commence sur les bras et sur les jambes, mais la température est remontée (40°), et on note une nouvelle éruption vive sur le cou, et au niveau de la fourchette sternale.

Quant à l'*enfant* il est encore de la teinte de l'écrevisse.

Le 24. — Plus d'éruption, la desquamation s'étend sur tout le corps, en petites écailles, de légère dimension. Albuminurie.

L'*enfant* devient rose, et on voit maintenant une éruption miliaire très manifeste, à petites vésicules transparentes, mais limitée au front, à la face, et aux orbites ; la température n'a pas atteint 37°. Rien de particulier à la gorge.

Le 3 février. — La mère demande sa sortie, elle est encore en

desquamation, mais elle n'a plus d'albuminurie ; l'*enfant* ne présente plus d'éruption, et on n'a pas encore constaté de desquamation.

Observation XI (de Legendre).

(Observation recueillie par M. Cassas, externe des hôpitaux).
Scarlatine consécutive à l'accouchement. — Bénignité des phénomènes du début. — Au moment de la desquamation : Albuminurie, puis anasarque, hydrothorax, œdème pulmonaire. — Guérison.

La nommée F. L..., âgée de 19 ans, couturière, d'un tempérament lymphatique, et d'une constitution moyenne, entre au commencement du mois de septembre 1873, salle Sainte-Anne (service de M. Siredey).

Elle accouche le lendemain de son entrée à l'hôpital ; l'accouchement se fait normalement, et la malade allait bien, lorsqu'au cinquième jour elle fut prise d'une fièvre assez vive ; on constate en même temps l'apparition sur les bras d'abord, puis sur le ventre, d'une éruption caractérisée par de très petites taches rouges, non saillantes, laissant entre elles des parties saines, et ressemblant un peu à de la rougeole. L'éruption se généralise en quelques jours. En même temps, la malade se plaint du mal de gorge ; à l'examen du pharynx, on trouve de la rougeur au niveau de l'isthme du gosier, pas d'enduit pultacé, pas d'engorgement au niveau des ganglions sous-maxillaires, qui sont à peine douloureux ; la malade avait donc une angine très légère, et accusait peu de douleur. Ces symptômes d'angine furent remarquables par la brièveté de leur durée et par leur bénignité.

En même temps la sécrétion lactée manque complètement. La malade avait de l'inappétence, de la diarrhée, qui alla en augmentant (quinze selles en une matinée), puis peu à peu, sous

l'influence de la médication (diascordium, s.-nitr. de bismuth), ces phénomènes s'amendèrent, et, au bout de huit à dix jours, la malade allait bien, n'ayant plus qu'une très légère diarrhée. Elle paraissait guérie, elle allait partir pour le Vésinet le 13 octobre lorsqu'on remarqua une légère bouffissure de la face. A l'examen, on constata en même temps une desquamation, qui se faisait par larges plaques sur les mains et les pieds, et était furfuracée sur la face, le cou, le ventre et la partie supérieure des cuisses. L'anasarque était surtout évidente à la face, mais elle existait aussi, quoique moins prononcée, sur tout le corps. L'examen des urines révéla l'existence de l'albumine, qu'on trouva en grande quantité. L'œdème parut augmenter les jours suivants, puis il resta limité à la face.

L'état général ne s'aggrava pas. Régime lacté.

La malade reste dans le même état, jusqu'au 23 octobre, jour où elle est prise le soir d'une dyspnée assez intense. Le lendemain matin la dyspnée avait encore augmenté, et on constate à l'auscultation les signes de l'œdème pulmonaire. Les urines sont très albumineuses.

Malgré l'emploi de révulsifs énergiques, l'état général de la malade s'aggrave et le lendemain on la trouve dans l'état suivant : l'anxiété est considérable, les traits sont altérés, les extrémités refroidies, elle a de l'orthopnée (64 respirations par minute). Le pouls est fréquent et petit (132) et la malade a eu du subdélirium pendant la nuit.

L'anasarque est considérable, la peau est très sèche ; les urines manquent complètement. Les selles sont rares et accompagnées de ténesme rectal.

L'état reste à peu près de même pendant les deux jours qui suivent ; cependant le 25 au soir, la malade paraît aller un peu mieux ; elle a moins de dyspnée, la chaleur est revenue aux

extrémités ; la nuit précédente a été assez bonne. La malade a eu huit ou dix selles. A l'auscultation, on constate que les signes de l'œdème pulmonaire sont moins marqués, et qu'il y a un épanchement pleural du côté droit. Le lendemain 26 octobre, les urines sont revenues, mais sont encore très peu abondantes et très albumineuses. La malade a un peu de diarrhée.

Cet état reste à peu près stationnaire jusqu'au 30 ; à partir de ce moment la malade va mieux et l'amélioration s'affirme tous les jours. Les urines sont revenues en quantité normale ; l'albumine persiste, mais sa diminution est notable ; les selles sont régulières. Le pouls est moins fréquent, la respiration plus régulière, et les signes d'œdème pulmonaire sont limités au tiers inférieur. La sonorité est normale ; le murmure vésiculaire s'entend dans toute l'étendue de la poitrine, et même à la base à droite, où siégeait l'épanchement pleural. La desquamation est terminée.

Le 8 novembre. — La malade est en convalescence : l'albumine a complètement disparu, et il ne reste plus d'œdème.

Le 19. — La malade continue à bien aller. Il n'y a plus de traces d'anasarque, d'œdème pulmonaire, d'épanchement pleural, ni même d'albuminurie. L'appétit est revenu, et les digestions se font bien.

La peau a recouvré sa souplesse et sa moiteur normales. Les règles n'ont pas encore reparu.

La malade quitte l'hôpital, guérie, le 8 décembre.

Observation

(Tirée de la thèse de M. Almer, 1862).

État puerpéral. — Éruption prise d'abord pour un érythème scarlatiniforme, symptômes tartifs de scarlatine : desquamation caractéristique, albuminurie. — Douleurs articulaires — Guérison.

Le 3 décembre, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-

Ferdinand, n° 25 (service de M. Hardy), la nommée Caroline S..., âgée de 24 ans.

Cette femme, de forte constitution, à cheveux noirs, nous dit s'être toujours bien portée ; elle n'a gardé le souvenir d'aucune indisposition l'ayant obligée à garder le lit. Réglée à 15 ans, la menstruation a toujours été régulière et abondante.

Le jour même de son entrée, elle accouche, à terme, d'un enfant bien constitué ; jusqu'au 5 décembre, rien de particulier.

A cette date, la malade éprouve, dans la journée, un sentiment général de prurit et de démangeaison à la peau.

Le 6. — Plus de démangeaison, pouls à 100. La malade nous dit avoir eu des sueurs profuses dans la nuit.

Les mains présentent, à leurs faces dorsale et palmaire, un piqueté semblable à des morsures de puce, avec mélange de petites taches papuleuses ; le tout accompagné d'une rougeur diffuse générale.

Rien aux aisselles ; le thorax est légèrement rouge ; le ventre est couleur d'écrevisse cuite, les cuisses sont très rouges, ainsi que les genoux, à leurs faces interne et externe.

Les jambes n'offrent pas de coloration anormale. Absence complète de miliaire et de sudamina. La main, promenée sur la peau, sent une chaleur intense des téguments ; mais elle n'éprouve pas l'impression de rudesse et de peau de chagrin remarquable dans la scarlatine. Les muqueuses ne sont point prises ; ni larmoiement, ni injection des globes oculaires ; pas d'épistaxis, pas de trace de catarrhe pulmonaire.

Signes complètement négatifs à la percussion et à l'auscultation.

Langue un peu saburrale, mal de gorge à peine sensible pour la malade, très légère rougeur des piliers du pharynx, amygdales normalement colorées, sans concrétions caséiformes ou pseudomembranes.

Face nette à coloration normale.

Le 7 décembre. — Pouls à 100, chaleur assez notable de la peau. Ventre moins rouge que la veille, avec sentiment de démangeaison. Légère rougeur aux genoux, à leurs faces interne et externe ; encore un peu de rougeur aux plis des coudes et aux mains. Langue nette, très légère, teinte rouge du pharynx, sans concrétions sur les amygdales. Pas de mal de gorge. Absence de miliaire et de sudamina, pas de larmoiement, la toux, le catarrhe pulmonaire et l'épistaxis font complètement défaut.

Face nette à coloration physiologique. L'enfant, qui couche avec sa mère et prend le sein, n'a pas d'éruption et se porte bien.

La malade a autant de lait que ces jours derniers.

Le 8. — Pouls à 90, peau chaude : pas de catarrhe pulmonaire ou autre, pas de toux ; rien à la percussion ni à l'auscultation.

Ventre très rouge, de couleur foncée ; les cuisses ont la même teinte.

Mains tachetées de petits points papuleux ; ainsi que les avant-bras ; jambes indemnes de toute éruption.

Le thorax a sa coloration normale, les bras également. Le cou présente de petites plaques rouges diffuses. La coloration du cou n'est pas aussi accusée que celle du ventre et des cuisses.

Langue bien nette sur les bords, avec bande blanche au centre, ne présentant point l'aspect de la langue scarlatineuse avec ses papilles hérissées.

Coloration naturelle du pharynx, avec absence de mal de gorge. Pas de concrétions sur les amygdales, pas de sudamina, pas de miliaire.

La malade ressent quelques étourdissements. Les urines, traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, ne donnent aucun précipité. L'enfant, qui couche avec sa mère, n'a aucune éruption et se porte bien.

Le 9.— Pouls à 68, peau à chaleur normale, état général excellent. Pas de toux, pas de catarrhe; absence de larmoiement et d'épistaxis. Pharynx à coloration ordinaire, sans douleur ni concrétions. Langue rouge, sans papilles hérissées, comme dans la scarlatine.

Rougeur encore assez marquée sur le ventre, la poitrine et les bras, peu manifeste aux points précédemment envahis.

Miliaire sur le ventre. Les urines traitées par la chaleur et l'acide nitrique ne donnent rien. Jusqu'à ce jour on avait cru à un érythème scarlatiniforme, à cause de l'absence des caractères pathognomoniques de la scarlatine, mais la présence de la miliaire fait concevoir des doutes et on attend.

Le 10. — Pas de fièvre, peau à chaleur normale; *langue partout uniformément très rouge, avec papilles légèrement saillantes.* Absence de mal de gorge, de toux, de catarrhe, de larmoiement et d'épistaxis.

Miliaire en abondance sur le ventre, avec commencement de desquamation furfuracée; rudesse spéciale de la peau au frôlement de la main. Il existe encore quelques points rouges sur les bras, nulle part ailleurs.

Douleurs arthritiques dans les poignets; l'enfant tête bien; absence de fièvre chez la mère et l'enfant.

Le 11. — Plus de rougeur; douleurs très vives des poignets et des bras; desquamation très légère, toujours un peu de miliaire; rien de nouveau du côté de la gorge.

Le 12. — Miliaire persistante, desquamation légère; les douleurs des bras et des poignets persistent.

Le 13. — Les douleurs arthritiques ont complètement disparu aujourd'hui; desquamation très abondante sur le ventre et par larges plaques, pas de desquamation autre part.

Les urines donnent un peu de précipité albumineux à la chaleur.

Le 14. — Rien de nouveau.

Au bout de quelques jours, la malade sort, sur sa demande formelle, présentant des symptômes marqués d'*albuminurie* et de *desquamation générale par larges écailles et par plaques.*

Observations I et II (de Colson)

Scarlatines consécutives à l'accouchement recueillies dans le service de M. Bucquoy à l'hôpital Cochin, par M. Colson, interne des hôpitaux (1).

I. — La première malade âgée de 22 ans, primipare, avait, avant son accouchement, de l'anasarque et des flots d'albumine dans les urines. On l'accouche le 10 octobre 1876 au moyen du forceps. Deux jours après, elle est prise de frissons violents, de douleurs abdominales, de vomissements, et d'un phlegmon du ligament large du côté droit qu'on traite par les vésicatoires.

Cette affection évolue sans complications, et le 9 janvier la malade s'aperçoit à son réveil qu'elle est couverte d'une éruption morbilleuse pour laquelle on l'envoie dans le service de médecine.

Le 11 janvier. — A son entrée, on constate un léger catarrhe oculo-nasal, une rougeur pharyngienne analogue à celle de la rougeole, un peu de toux, quelques râles sibilants dans la poitrine, et en même temps une éruption, qui a débuté par la face et qui présente des caractères variables sur les différents points du corps.

A la face et sur le front elle revêt le type scarlatineux, c'est-à-dire qu'elle est caractérisée par de larges plaques érythémateuses d'un rouge intense, avec piqueté framboisé; à la racine des membres elle est morbilleuse, constituée par des plaques légèrement saillantes, appréciables au toucher et laissant entre

1. *Bulletin de la Société clinique*, 7 mars 1877.

elles des intervalles de peau saine; par place, on remarque la disposition en croissant de la rougeole. Cet exanthème a une coloration rouge vif qui ne disparaît que très imparfaitement à la pression.

Le ventre est ballonné, douloureux; dans la fosse iliaque droite, on sent un empâtement qui remonte jusqu'à l'ombilic; l'utérus n'est pas abaissé, il est fixe, le cul-de-sac latéral droit est effacé. Il n'y a pas de diarrhée. La peau est brûlante. Température axillaire 39°,4.

Les jours suivants, la fièvre diminue, les urines contiennent moins d'albumine, l'éruption pâlit à la face et au tronc, tandis que sur les membres où elle était morbilleuse, rare et presque exclusivement limitée à l'union du tronc et des membres, elle devient rouge intense, avec piqueté framboisé, envahit toute la surface des cuisses, et s'étend du côté des extrémités qui jusque-là intactes, se couvrent de papules rubéoliques.

L'éruption suit donc une marche descendante allant du tronc vers les extrémités; morbilleuse quand elle apparaît, elle devient scarlatineuse les jours suivants, excepté aux poignets et aux coups-de-pied où elle reste très peu confluente et papuleuse.

Le 15 janvier. — La malade est prise de frissons violents, la température monte de nouveau à 39°,6, le ventre se distend, devient douloureux, la malade a des nausées; la face et les membres s'infiltrent; l'albumine qui avait diminué devient plus abondante que jamais.

Cette poussée abdominale s'accompagne de douleur dans la gorge, qui est rouge et luisante, la langue est vernissée, et on constate sur le dos une nouvelle poussée d'un rouge moins intense que la première, laissant par endroits des îlots de peau saine qui donnent au dos un aspect marbré.

Le 21 janvier. — La fièvre est tombée, le ventre a repris son

volume habituel ; petit à petit l'œdème et l'albumine ont diminué, puis disparu. La masse qu'on sentait dans la fosse iliaque droite a sensiblement diminué et dépasse le pubis à peine de quelques centimètres.

Le 25 janvier. — On voit apparaître quelques squames blanches sur la face et sur le cou ; les jours suivants la desquamation s'étend à tout le corps et se fait sous forme d'écailles larges d'un millimètre environ, et persiste jusqu'au 12 février.

A partir de ce moment la malade se lève, reprend des couleurs, et elle part en convalescence le 20 février.

Si au début l'éruption pouvait en imposer pour une rougeole, elle a revêtu plus tard le type franchement scarlatineux, elle a évolué comme une scarlatine, s'atténuant, puis disparaissant petit à petit, d'abord à la face et au tronc, puis sur les membres. La desquamation a été également celle de la scarlatine, elle a commencé par la face le 25 janvier seulement, c'est-à-dire douze jours après le début de l'éruption, alors que sur le tronc et sur les membres la peau était encore mamelonnée, et présentait encore une coloration cuivrée.

II. La deuxième malade, âgée de 24 ans, entre à la Maternité de Cochin le 13 janvier avec les jambes enflées et de l'albumine dans les urines ; elle accouche le jour même, le lendemain elle est prise de coliques et de diarrhée abondante, et le 15 à son réveil elle est couverte d'une éruption s'étendant à tout le corps, pour laquelle on l'envoie dans le service de médecine.

A son arrivée la malade n'a pas de mal de gorge, pas de rougeur pharyngienne, pas de catarrhe oculo-nasal, elle ne tousse pas. Elle est couverte d'une éruption érythémateuse d'un rouge intense, presque lie de vin, avec piqueté framboisé s'étendant à toute la surface du corps, mais plus intense sur le tronc et au pli de l'aine.

Sur les parties déclives, aux mollets par exemple, le piqueté

est plus prononcé encore, et s'accompagne d'un pointillé purpurique.

Cette éruption forme de larges plaques sans intervalles de peau saine.

La fièvre est très intense, la peau brûlante. P. 124, T. 40°,2, La malade urine sous elle, elle a une diarrhée abondante.

Le 18 janvier. — L'éruption a en partie disparu à la face ; elle est stationnaire sur le tronc ; plus intense sur les membres. Sous l'influence de l'opium, la diarrhée s'est modérée, mais la malade se plaint de douleurs de ventre, elle a vomi ses aliments. T. 40°,4.

Le 19. — La malade se plaint de légères douleurs dans la gorge qui est rouge, la langue est luisante, dépouillée de son épithélium ; les poignets sont le siège de douleur avec épanchement synovial dans la gaîne des extenseurs communs des doigts. L'éruption diminue sur le thorax, reste très intense sur l'abdomen et sur les membres.

Sur le ventre et la racine des cuisses, il y a des vésicules de miliaire très confluentes. Les menaces de péritonite ont disparu, mais la diarrhée a de nouveau reparu : il y a eu six garde-robes liquides pendant la journée. T. 40°,4.

Jusqu'à présent la malade n'a eu ni céphalalgie ni délire, elle tousse très peu, on constate un peu de matité, avec diminution des vibrations thoraciques, et égophonie à la base du poumon droit. Il n'y a rien d'anormal du côté des organes du petit bassin.

Le 22. — T. 39°,8. L'angine et le gonflement des poignets ont disparu, l'éruption n'est plus apparente que sur les membres, où elle conserve une intensité remarquable.

On aperçoit sur le cou et sur le thorax de petites écailles nacrées, juxtaposées les unes aux autres, sur l'abdomen les vésicules miliaires flétries ; sur les autres points du corps il n'y

a pas encore de desquamation. Il ne reste qu'un peu de faiblesse respiratoire du côté droit, les urines ne contiennent plus d'albumine, la diarrhée s'est un peu modérée.

Le 24. — T. 40°,6. Desquamation abondante sur le ventre, formée de petites écailles confluentes, d'un blanc mat de 1 à 2 millimètres de largeur, sur les membres on n'en voit pas encore.

La diarrhée est de nouveau très abondante, la malade est plongée dans un état de prostration, dont il est impossible de la tirer, elle n'a cependant pas de délire, la langue est sèche, fuligineuse, et il n'y a plus de signes du côté de la plèvre.

Malgré la médication opiacée, malgré le bismuth à hautes doses administré en potion et en lavements, la diarrhée a persisté jusqu'à la mort.

Le 25. — La malade a été prise de délire, de vomissements bilieux, de douleur et de ballonnement du ventre, de crampes avec refroidissement des extrémités. T. 41°.

Ces signes de péritonite suraiguë ont persisté jusqu'à la mort qui est survenue le 27 janvier.

Autopsie. — Il n'y a ni fausses membranes, ni adhérences péritonéales ; dans le cul-de-sac recto-vaginal, il y a environ 60 grammes de pus crémeux ; l'utérus est encore volumineux, la surface d'insertion du placenta est molle et tuméfiée, mais non purulente. Il n'y a pas trace de pus dans les trompes ni dans les sinus utérins, qui sont très apparents à la coupe.

L'examen des autres organes ne révèle rien de particulier, sinon un peu de liquide citrin dans les plèvres et de la congestion des lobes inférieurs du poumon.

Nous trouvons dans la contagion la cause première de ces deux affections.

A la fin de décembre 1876, en effet, une femme entre à la Maternité de Cochin en qualité de nourrice avec un enfant de

deux mois ; cet enfant contracte une éruption morbilleuse qui disparaît en trois jours, à la suite de laquelle il a de la parotidite suppurée, de l'angine et une nouvelle éruption scarlatineuse. En même temps que l'enfant est atteint de cette deuxième éruption, la mère contracte une scarlatine franche avec angine et albuminurie, pour laquelle on l'envoie avec son enfant à l'hôpital Necker, le 6 janvier; l'enfant y meurt le lendemain.

Cette malade avait séjourné quelques jours à l'infirmerie du pavillon d'accouchement, elle se trouvait dans une salle voisine de celle occupée par notre première malade, qui atteinte alors de métro-péritonite, contracte la scarlatine le 9 janvier, trois jours après le transport de la nourrice à Necker.

Le 15 janvier, c'est-à-dire six jours après, notre deuxième malade, entrée au pavillon l'avant-veille, est prise également de scarlatine quarante-huit heures après son accouchement.

Elle n'était pas à l'infirmrie, par conséquent elle n'a pas pris le germe de sa maladie dans le milieu infecté par les deux malades précédentes ; mais on sait que les gens affectés au service de l'infirmerie circulent dans toutes les salles du pavillon, malgré la défense qui leur en est faite, it n'est donc pas impossible qu'ils aient été, dans ce dernier cas, les agents de transmission.

Nos deux observations sont donc celles de scarlatines vraies, modifiées et aggravées par l'état puerpéral, mais qu'on ne saurait faire rentrer dans un autre cadre nosologique.

Observation (de Lorrain)

(Tirée des *Etudes de médecine clinique* du professeur Lorain).

Elle est ainsi intitulée : Accouchement normal. — Miliaire puerpérale. — Douleurs rhumatismales. — Guérison (1).

B..., veuve D..., âgée de 32 ans, accouchée le 4 juin, de son

1. Nous plaçons cette observation parmi celles qui ont trait à la scarlatine après l'accouchement, car la fièvre éruptive nous semble

quatrième enfant, deux heures après son entrée à l'hôpital. Aucun accident jusqu'au 9 juin.

A la visite du matin, on trouve la malade avec une fièvre intense ; elle se plaint d'un *violent mal de gorge* et de douleurs de ventre, quelques nausées, céphalalgie très vive. Température rectale, 40°,2.

Le 10. — La fièvre persiste, la malade présente sur le ventre et aux plis des aînes, une *éruption d'un rouge vif.* Il en est de même sur la poitrine et les seins, mais surtout sur les vergetures du ventre. Céphalalgie, *angine*, douleur dans le bas-ventre, quelques efforts de vomissement.

L'enfant de la malade va bien, et pendant toute la durée de la maladie de la mère, il n'a pas présenté le moindre dérangement dans sa santé. Soir : T. 40°.

Le 11. — Sur le ventre de la mère, qui présente toujours la même coloration rouge, on voit apparaître des points de *miliaire.* A la face, la desquamation commence. La nuit, la malade a eu des vertiges, des envies de vomir ; elle accuse *des douleurs dans les membres*, elle a de la peine à soulever son enfant. L'urine ne renferme pas d'albumine, elle a une apparence tout à fait normale. T. 39°,5.

Le 12. — La fièvre persiste, la céphalalgie est moins vive, mais les douleurs des articulations du coude et de l'épaule droits sont plus fortes. Les articulations semblent un peu gonflées. Pas de sueurs ; la langue est *rouge et sèche* à la pointe.

Agitation nocturne. Douleurs assez vives à la pression dans les masses musculaires des cuisses et des mollets. Soir : T. 39°,2.

Le 13. — La malade souffre beaucoup de l'épaule droite, du

ici reproduite par ses principaux symptômes : fièvre vive, angine violente, éruption de coloration très rouge, miliaire, douleurs articulaires et endocardite légère, puis desquamation étendue à tout le corps.

coude droit, qui est gonflé, mais sans rougeur. Les petites articulations de la main droite sont tuméfiées, très douloureuses, un peu rouges. Les mouvements sont impossibles.

La rougeur de la peau est moins vive, moins diffuse, et elle est remplacée par un pointillé blanc. La *desquamation* se fait sur le nez et le visage. Soir : T. 39°.

Le 14. — Epaule droite plus douloureuse. Pas d'albumine dans les urines, qui, examinées chaque jour, n'en ont jamais contenu. Soir : T. 38°,7.

Le 15. — La malade se plaint de vertiges, d'étourdissements. *Léger prolongement du premier bruit à la base.* Depuis deux jours, sueurs plus abondantes. La rougeur a presque complètement disparu. La desquamation se fait sur le ventre, on trouve de grosses bulles. Soir : T. 38°,5.

Le 16. — Persistance des douleurs. Le bruit de souffle cardiaque n'a pas augmenté. Soir : T. 38°,4.

Le 17. — Desquamation presque complète. Plus de douleurs articulaires. La malade a rendu plus de deux litres d'urine. Soir : T. 37°,4.

Le 17. — La desquamation est presque complète. La malade se plaint toujours d'avoir la vue trouble. Exeat. T. 37°,2.

Il faut noter que cette malade a eu, il y a deux ou trois ans, des douleurs rhumatismales dans l'épaule gauche qui l'ont obligée à garder le lit quatre ou cinq jours. Il n'y a pas d'antécédents rhumatismaux dans la famille. Elle n'a jamais été malade après ses autres accouchements. Elle a eu il y a huit ans des fièvres intermittentes, en Afrique, qui ont duré quatre ans. Enfin elle a eu une pneumonie il y a deux ans.

Observation (de Huchard)

(Recueillie par M. Huchard et tirée de la thèse de M. Collinot).
Scarlatine consécutive à l'accouchement. — Endocardite. — Douleurs rhumatoïdes. — Guérison.

Isabelle V..., âgée de 22 ans, domestique, entre le 26 mars 1870, salle Sainte-Geneviève, n° 33, hôpital Lariboisière (service de M. Desnos).

Antécédents. — La malade déclare qu'elle a eu à 13 ans 1/2 un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel elle fut obligée de garder longtemps le lit. Dans son enfance, pas d'autre maladie, si ce n'est la rougeole. Sa mère a, dit-elle, fréquemment des douleurs dans les jointures, mais elles ne l'ont jamais forcée de garder le lit.

Primipare, elle est accouchée le 3 avril sans accident. Trois ou quatre jours avant son accouchement elle a eu mal à la gorge.

Le 4 avril. — Angine plus accusée. Amygdales rouges, tuméfiées, toute l'arrière-gorge est le siège d'une rougeur très accentuée. On constate sur l'abdomen et aussi sur la poitrine une éruption qui présente tout à fait le caractère scarlatineux avec pointillé très manifeste. Au dos l'éruption n'existe pas. T. ax. 39°. P. 92.

Cataplasme sur le ventre ; lavement au miel de mercuriale.

Le 5. — T. 38°,6. P. 88.

A la visite du soir, la malade se plaint d'une douleur dans l'abdomen à droite, exaspérée par la toux, par les mouvements et surtout par une pression profonde. Le ventre est ballonné, résonnance tympanique. La rougeur scarlatineuse a beaucoup pâli dans les points où elle avait été constatée. La malade déclare alors que l'éruption avait apparu le matin même de l'ac-

couchement. A l'auscultation des poumons on n'entend que quelques râles dans la poitrine. Au cœur, on trouve à la pointe un bruit de souffle léger au premier temps. Le timbre du souffle, l'absence des troubles fonctionnels dépendant d'une affection cardiaque, indiquent bien que nous avons affaire ici à une maladie récente. Soir : T. 40°,1. P. 128.

Le 7. — La langue est très rouge, dépouillée de son épithélium. Le fond de la gorge est encore un peu rouge, les amygdales ont conservé leur volume exagéré. Le ventre est moins douloureux. T. 38°,8. P. 90. Soir : T. 39°,2. P. 124.

Le 8. — La malade se plaint, à la visite du matin, de l'impossibilité de remuer la main droite ; la douleur est très vive quand on veut lui faire exécuter quelques mouvements. Pas de tuméfaction.

Le 9. — La douleur n'a pas diminué dans la main droite. Les mouvements du bras déterminent aussi de la douleur dans le coude et l'épaule. Au cœur, le souffle a diminué d'intensité. L'éruption scarlatineuse a complètement disparu. L'abdomen toujours tympanisé n'est presque plus douloureux. T. 38°. P. 108. Soir : T. 38°,5. P. 108.

Le 10. — T. 38°. P. 92. Soir : T. 38°,8. P. 104.

Le 11. — La malade n'a plus ressenti que quelques légères douleurs dans le coude et dans l'épaule, les mouvements de la main sont plus libres. *Desquamation* en plaques sur l'abdomen, les mains et la face.

Le 12. — T. 37°. P. 88.

Le 19. — La malade, complètement guérie, part pour le Vésinet. Au cœur, le souffle qui a diminué d'intensité persiste encore.

Observation (de Dance)

(Tirée du mémoire de Dance, *Archives de médecine*, 1re série, t. XXIII. Elle y figure sous le titre d'observation XIV).

Scarlatine après l'accouchement. — Ataxie. — Quatre saignées. — Guérison.

Une femme, âgée de 24 ans, accouche à terme de son premier enfant, le 7 mars 1825 à l'hospice de la Maternité.

L'accouchement est naturel. La mère ne nourrit point.

Au bout de cinq jours, elle quitte la Maternité, se trouvant assez bien ; mais de retour chez elle, elle est prise de courbature, de lassitude générale, de mal de gorge, et d'enrouement. Les lochies se supprimèrent. On applique quinze sangsues à la vulve.

Les jours suivants, la peau devient rouge, la malade éprouve un peu de délire: enfin elle est reçue à l'Hôtel-Dieu le 13 dans l'état suivant :

Face colorée, parole brusque comme dans l'imminence du délire, mamelles à moitié flétries ; lochies presque nulles. Quelques restes de rougeurs sur la peau, manifestes surtout à la paroi inférieure du ventre ; langue d'un rouge de feu, mamelonnée à la pointe et demi-sèche ; soif, enrouement, douleur pendant la déglutition, fréquence du pouls.

Saignée : On retire deux palettes de sang très couenneux. Pendant la nuit, agitation et délire qui nécessitent l'emploi de la chemise de force.

Le 16. — Moins d'agitation ; cependant les idées ne sont pas entièrement saines ; les rougeurs de la peau disparaissent, çà et là on aperçoit quelques traces de desquamation. Deuxième saignée.

Le soir, troisième saignée, motivée par le retour du délire, la fréquence et la dureté du pouls.

Le 17. — Amendement, cessation du délire, moins de fièvre, retour des lochies, persistance de la rougeur à la langue, gêne constante de la déglutition ; le soir, redoublement des accidents cérébraux, fièvre très vive.

Quatrième saignée. Dès ce jour, l'amélioration s'établit et devient progressive, cessation de la fièvre, la langue devient humide et perd de sa vive rougeur.

Le 21. — Desquamation furfuracée de l'épiderme du cou, du tronc, des membres; plus tard, douleur à la plante des pieds, dont l'épiderme se décolle largement en forme de semelle.

Le 1er avril. — Convalescence et sortie de la malade, de l'hôpital; à cette époque, l'épiderme de la plante des pieds n'était pas encore tombé, mais il n'y avait plus aucun accident.

Observation de (Champetier de Ribes)

(Recueillie et communiquée par le docteur Champetier de Ribes).
Rougeole après l'accouchement. — Éruptions successives. — Guérison.

J..., 22 ans, entre le 3 mars 1878 à la Maternité, service de M. Tarnier, pavillon n° 8.

Grossesse normale, travail régulier, accouchement normal, le 3 mars ; sommet O. I. G. P. Délivrance naturelle.

Le 6 mars. — Montée du lait.

Le 8. — Céphalalgie, la malade n'a pas dormi la nuit dernière, pas d'appétit, léger larmoiement. T. 38°,6.

Le 9. — Mal de tête vif ; les lochies sont fétides. T. 40°,3.

Le 10. — Diarrhée, moins de céphalalgie. T. 40°,5.

Même état jusqu'au 15, l'utérus revient sur lui-même et la température redescend à la normale. Le mal de tête est moins accentué, et la peau redevient fraîche.

Le 16. — Rétention d'urine, maux de tête, larmoiement, coryza, rien sur la peau. T. 38°,4.

Le 17. — Peau chaude, l'utérus est revenu dans l'excavation, la miction est naturelle. T. 38°.

Le 18. — Même état. Matin : T. 38°. Soir : 48°.

Le 19. — On remarque sur toute la surface du corps une éruption à caractères différents, à la figure, au tronc et aux membres.

A la face : l'éruption est confluente, elle occupe les joues, le front, le menton ; elle est constituée par des taches rouges formant une légère élevure appréciable au doigt ; elles sont irrégulières, tantôt rouges, tantôt sombres, et présentent l'aspect rubéolique. Les yeux ne sont pas injectés, il n'y a pas de photophobie, pas de larmoiement.

Sur le tronc, notamment sur la poitrine, les taches en se réunissant forment des ilots irréguliers ressemblant absolument à ceux de la rougeole.

Sur le ventre : quelques grandes marbrures.

Au niveau des membres : taches arrondies, isolées, rouges et sombres, elles sont très rapprochées du rouge pur intense sur certaines parties, plus foncées et plus larges vers la racine des membres, et surtout au niveau des plis de l'aine.

La malade tousse, mais il n'y a pas de râles dans la poitrine. Coliques intestinales. T. 38°,6. Soir : 39°,4.

Le soir, on constate sur les avant-bras de nouvelles taches d'un rose clair. Toux. Transpiration abondante.

Le 20. — Taches moins colorées à la face, plus foncées à la poitrine, plus nombreuses et plus sombres aux bras et aux jambes. Peau chaude, langue en bon état. Appétit nul. La toux persiste. Le soir, l'éruption semble s'éteindre. T. 38°. Soir : 39°,4.

Le 21. — L'éruption est presque nulle à la face, à la poitrine, au dos, aux membres supérieurs, les taches sont très manifestes et plus abondantes aux membres inférieurs. La peau est chaude, la langue saburrale. Transpiration abondante. Toux (quelques

râles dans les poumons). Desquamation furfuracée par places, sur le visage. T. 38°. Soir : 39°.

Le 22. — L'éruption est disparue presque partout, même aux membres inférieurs; la desquamation par petite poussière fine commence à se produire sur toute la partie supérieure du tronc.

Signes de bronchite. T. 39°.

Rien du côté du ventre. Un frisson léger dans la journée.

Le 23. — L'éruption est entièrement disparue; la desquamation commence sur les jambes. T. 39°.

Pas de modifications jusqu'au 28, la température revient à la normale.

Le 29. — Nouvelle éruption sur la poitrine, les taches sont du même aspect que dans la première éruption, pourtant un peu moins nombreuses et moins colorées.

Langue humide, transpiration.

Rien à la gorge, mais encore des râles sous-crépitants dans la poitrine.

Le soir, quelques taches sur la face. T. 39°.

Le 30. — L'éruption s'étend et prend encore l'apparence rubéolique. Larmoiement et toux fréquente.

Le soir, elle augmente encore d'intensité, et gagne les membres supérieurs. T. 38°. Soir : 39°,4.

L'éruption est presque totalement nulle le 3 avril, et l'état général est amélioré. La desquamation se reproduit.

Le 6 avril. — Troisième éruption moins vive que les précédentes, sur la face, les bras et les jambes. Pas de larmoiement. T. 37°,4. Soir : 39°,6.

Elle disparaît le lendemain, et ne donne pas lieu à de la desquamation, la température s'abaisse de nouveau les jours suivants, et la bronchite double, après quelques jours d'acuité, passe définitivement à la résolution. La malade, guérie, part pour le Vésinet le 20 avril.

L'enfant n'a pas eu d'éruption semblable à celle de la mère, mais il est athrepsique et est envoyé aux Enfants-Assistés.

Observation (de Sieffermann)

(Tirée de la thèse de M. Sieffermann, de Strasbourg).

Septicémie puerpérale. — Érythème. — Miliaire. — Mort. — Périmétrite, métrite, péritonite.

S... (Marguerite), de Hardenbourg (Bavière-Rhénane), servante à Griesheim, petite, de constitution délicate, tempérament lymphatique, n'a marché qu'à 7 ans. Pendant sa jeunesse, ophthalmies. Entrée à la clinique le 19 octobre 1860 (service du professeur Stoltz), primipare.

Le 4 novembre. — L'accouchement spontané et à terme ne pouvant avoir lieu (rétrécissement considérable du bassin), après un essai d'accouchement prématuré, sans succès, on fait la céphalotripsie ; l'opération fut terminée par l'extraction avec le forceps ordinaire.

Une heure après que tout fut terminé, la malade revint à elle, ignorant complètement qu'elle fût délivrée. Injections intra-utérines. Bouillon.

A neuf heures du soir, calme, pas de douleurs. Pouls 100.

Le 5. — Nuit bonne. Peau chaude, lèvres et langue sèches, pouls à 120. Ventre météorisé, vessie considérablement distendue. Utérus incliné à droite, fond au-dessus de l'ombilic. Écoulement vaginal abondant, mais séreux. Injections vaginales. Cathétérisme. Cataplasmes. Limonade tartrique.

Le 6. — Insomnie, chaleur brûlante. Pas de douleur spontanés dans le ventre. Le matin, hébétude, visage pâle, langue sèche et rouge, comme brûlée au centre. Chaleur considérable, pouls 120, assez développé, très dépressible. Respiration fréquente (36) ; ventre ballonné, peu sensible à la pression. Utérus encore gros. Selles involontaires.

Le 7. — Même état général. La diarrhée persiste. Point de lochies. Les seins sont peu gonflés. Pas de frissons. Même traitement.

Le 8. — Diarrhée, fièvre le soir, animation, réponses nettes.

Le 9. — Douleurs dans les jambes, bourdonnements d'oreilles. Œdème et plaques gangréneuses sur les grandes lèvres.

Vésicatoire sur le ventre. Injections chlorurées. Poudre de quinquina. Potion avec extrait de quinquina, 0, 10 centig. Frictions mercurielles.

Le 12. — Même état. Somnolence. Eschares plus étendues des parties génitales. Ulcérations au-dessous. On supprime l'opium.

Pendant la journée, prostration, délire. Peau brûlante, pouls filiforme, respiration rapide (36) ; réponses presque inintelligibles. Pas de douleurs.

Le 14. — Alternatives de somnolence et de subdélire. Ventre moins météorisé, couvert d'un *érythème rouge* qui s'étend aux cuisses et jusqu'aux genoux. Eschares étendues des parties génitales fortement œdématiées. Excoriations du sacrum. Amaigrissement considérable. Selles involontaires.

Le 15. — Collapsus général, physionomie exprimant la souffrance, yeux fermés, nez pulvérulent, bouche béante, sèche, fuligineuse ; respiration courte, précipitée, soubresauts des tendons; pouls accéléré, mais régulier. Ventre élevé, très douloureux au moindre attouchement.

Toute la surface du corps est couverte d'une *éruption miliaire.*

Mort à midi.

Autopsie. — A l'aspect extérieur du cadavre, on trouve une *éruption pointillée*, rouge, violacée, très abondante, et dans beaucoup d'endroits confluente, plus abondante sur le dos et à

la face externe des mamelles. Au bras et au cou : papules pâles.

Quant aux lésions viscérales : Endométrite, péritonite.

Observation I (de Stones)

Puerpéral scarlatina.

British med. journ., 1881.

Le 9 mai 1879, Mme D. B..., primipare, accouche d'un enfant mâle, forceps pour ramener l'occiput en avant. Le lendemain à 5 heures nausées, vomissements, et malaise très accentué, maux de tête violents. Lavements vaginaux avec le liquide de Condy toutes les heures, nuit sans sommeil et dans l'agitation, le lendemain mal de gorge et éruption sur le cou et la poitrine, face très rouge. Je soupçonnais la scarlatine qui était très fréquente à ce moment. Je demandais à mon collègue, le Dr Johnston of Purtonn de voir avec moi cette malade, et il conclut comme moi à l'existence d'une scarlatine : on donne toutes les 4 heures une cuillerée de thé d'acétate d'ammoniaque, champagne soda water, on continue les injections vaginales et utérines.

Le jour suivant, l'éruption était typique, langue framboisée, le cas se termine heureusement, le huitième jour de la maladie, desquamation abondante, qui se termina avant la fin du mois.

Observation II (de Stones)

Plusieurs années avant ce premier cas j'ai vu une autre malade prise de scarlatine dans les mêmes conditions et dont je vais donner l'observation sommaire.

Mme C. D., femme d'un paysan, accouche heureusement de son sixième enfant ; à ce moment 3 de ses enfants étaient atteints de carlatine, qui sévissait alors dans le voisinage, la maladie s'était

montrée bénigne chez ces enfants et la mère n'avait nulle crainte sur leur sort ; pendant deux jours la mère alla bien, mais le troisième tympanite abdominale, ventre douloureux, mal de gorge, suppression des lochies et mort rapide, sans que l'éruption fut apparue.

R. — Stones, malgré le manque d'éruption, croit à la scarlatine à cause des antécédents.

OBSERVATION (de Burgess)

Scarlet *fevev in ils relations to the puerperal state* (*The lancet*, 1883 août, p. 326).

Le 20 novembre 1882 Mme A..., âgée de 22 ans, résidant provisoirement dans un cotage isolé au milieu d'une population clairsemée, accouche d'un premier enfant. Travail lent terminé par le forceps ; enfant mort-né. La mère se porta bien jusqu'au 25 novembre, jour où elle a un peu de fièvre. T. 102 farenheit et léger rash sur les parties supérieures du corps qui devint manifestement scarlatineux, évolua comme les éruptions de ce genre et se termina par une desquamation franche. Tout semblait marcher vers le mieux, quand le 29 l'état général empira, le ventre se tympanisa et devint douloureux, la fièvre s'éleva à un chiffre plus élevé, l'intelligence s'obscurcit. Il y eut une rémission, mais les phénomènes typhoïdes (abattement, prostration des traits subdélirium, langue grillée), n'en continuèrent pas moins. Mort le 3 décembre, 15 jours après l'accouchement. D'où venait cette scarlatine ? Il n'y en avait pas dans le voisinage, mais on apprit que les hôtes antérieurs du cottage avaient tous eu la scarlatine, et le mobilier, notamment le lit, n'avait pas subi une désinfection suffisante.

Observation II (de Burgers)

M. Ç..., fille-mère, primipare, accouchement prématuré, accouche dans une maison située à 7 milles du cottage dont nous venons de parler. Il n'y avait pas eu de scarlatine depuis longtemps dans ce village. Elle accouche le 2 novembre. Le 3, à 11 heures, malaise auquel on ne prête pas attention. Le 4, fièvre intense avec prostration, diarrhée intense. Le 5, mal de gorge violent état fébrile toujours très accentué. Le 6, on m'appelle auprès d'elle, mal de gorge très notable, fièvre élevée, pas de rash. Le 8, aggravation de l'état général, éruption scarlatineuse d'un rouge sombre, ventre tympanisé et douloureux. La semaine suivante, la malade resta dans cet état, sauf qu'il se produisit une desquamation très marquée. Urine normale en quantité, mais légèrement albumineuse. La diarrhée cessa et même fut remplacée par une constipation qu'on dut combattre par les moyens ordinaires. Pendant tout le temps le ventre resta douloureux. Le 16, phénomènes pleurétiques du côté gauche avec point de côté assez intense. Le 21, phénomènes d'engouement hypostatique très marqués; la respiration est très gênée par les lésions pulmonaires et le développement du ventre. Mort le 22 par épuisement. Sa jeune sœur contracte en la soignant une scarlatine qui se termina heureusement.

Observation (de Cummins)

Case of puerperul scarlatina with hyperpyrexia hydrotherapeutic treatment successfull used (*British médical journal*, 1884, p. 760).

Mme C..., jeune femme, mère de 3 enfants, accouche rapidement d'un quatrième enfant le 23 décembre dernier. Bon état général jusqu'au 26, jour où il se déclare un peu de fièvre et où les

lochies commencent à sentir, néanmoins la sécrétion mammaire était très abondante et le ventre, ainsi que la cavité pelvienne, ne présentaient rien d'anormal. Le 30, T. 103, pouls faible, rapide; éruption scarlatineuse sur la peau, mais pas de mal de gorge ni de langue scarlatineuse.

31 décembre. — Éruption scarlatineuse très marquée, langue caratéristique ; mais pas de mal de gorge; pouls très rapide sep. T. 40, lait diminue, lochies peu abondantes et sentent un peu; ventre un peu ballonné, mais pas douloureux, pas de mal de gorge.

2 janvier. — L'état général a empiré et comme la température augmentait sans cesse malgré le sulfate de quinine, on appliqua sur la malade des linges trempés dans l'eau froide et laissés seulement quelques minutes sur la peau pour éviter l'échauffement; on continua ce traitement sans interruption pendant deux heures jusqu'à ce que la température tombe à 39. La malade fut replacée dans son lit; elle s'y assoupit et passa une bonne nuit. Comme la température s'augmentait, sulfate de quinine. La nuit suivante la température devenant alarmante on recourt au bain, qui ne produit pas d'aussi bons résultats que la première fois, maux d'estomac pendant plusieurs heures, T. 102 farenheit. Je prescris 3 grains de sulfate de quinine pendant 10 jours ; on alterne la quinine avec la digitaline, le lait et l'alcool, peu à peu convalescence. La desquamation fut excessive, l'absence de mal de gorge me fit songer à la possibilité d'une fièvre puerpérale scarlatiniforme, d'autant plus que bien que la scarlatine sévit à ce moment à Corck on ne pouvait remonter à une cause quelconque de contagion; mais c'était bien la scarlatine, car un des enfants de la malade qui allait et venait dans la chambre de la malade, contracta la maladie.

OBSERVATION (d'Arctander)

Mycskrift for togev, quatorzième volume, et *Centrallblat fur gynécologie*, 1887, p. 492.

Une femme de 28 ans, qui était accouchée depuis deux jours eut un violent frisson avec malaise général, douleurs dans le ventre ; quatre jours après, j'examine la malade pour la première fois, elle était couverte d'un érythème scarlatineux très abondant et caractéristique, mais pas d'angine. Utérus sensible, lochics fétides, fièvre élevée. Au bout de trois semaines, l'état général devenu plus satisfaisant se termina par guérison. Pas d'angine pendant tout ce temps, pas de néphrite, mais stomatite caractéristique et desquamation très abondante. Il y avait eu plusieurs cas de scarlatine dans son entourage d'abord sur sa sœur, puis sur l'enfant de celle-ci.

OBSERVATION I (de Léopold Meyer)

Uber Scharlach bei Wocherennen. Zeitschrift für gynœcologie und Obstetric, 1888, 1, p. 259.

Tripare de 26 ans, syphilis il y a trois ans ; admise le 31 décembre chez une famille agréée et accouche une heure plus tard d'un enfant né avant terme et macéré. Couches normales. El'e se lève le septième jour, tout en se plaignant de maux de gorge, de nausées et d'un malaise général, trois jours après (dix jours après sa couche), éruption scarlatineuse typique sur tout le corps. Angine pultacée très marquée, qui disparaît le 14 janvier. Dans le poignet gauche et dans le membre inférieur droit, tuméfaction articulaire douloureuse.

Guérison complète le 20 février 52 jours après son accouchement.

Observation II (de Léopold Meyer).

Primipare de 20 ans, reçue le 7 janvier à la clinique, accouche deux heures après d'un enfant né 6 semaines avant terme, elle raconte avoir eu la scarlatine. 5 jours après son accouchement frissons, malaise général. T. = 38°,8, lochies séreuses, le septième jour exanthème scarlatineux typique, il n'y a rien eu jusqu'ici du côté des organes génitaux. Angine insignifiante. Du 20 au 21, quelques tuméfactions articulaires peu marquées, le 10 mars on renvoie la malade guérie.

Observation III (de Léopold Meyer)

Tripare de 29 ans. Accouche le 24 janvier chez une famille agréée. Travail normal ; le septième jour de son admission malaise, le huitième jour exanthème scarlatineux manifeste et température très élevée, légère angine pultacée, le 17. Mais on renvoie la femme guérie 52 jours après sa couche. Son enfant ayant eu un abcès du scrotum, mourut de l'érysipèle après l'incision.

Observation IV (de Léopold Meyer)

Tripare, âgée de 24 ans, envoyée le 6 février 1886 chez une famille agréée, où elle accouche une heure après ; le 14, la malade va à l'hospice des convalescents 5 jours, plus tard maux de tête, malaise général, maux de gorge; 2 jours après (le 21 février) exanthème scarlatineux typique, l'angine augmente ; elle est de moyenne intensité. Du 22 au 27 février, légères manifestations articulaires, le 28, desquamation. On renvoie la malade complètement guérie le 1er mai. Enfant renvoyé en bon état.

Observation V (de Léopold Meyer)

Primipare de 25 ans; acceptée le 26 juin à la clinique, accouche deux heures après. Travail normal, mais on dut terminer artificiellement l'accouchement avec la main à cause de la rétention du placenta; le lendemain frissons, malaise, augmentation de la température. Injection intra-utérine, qu'on continue le lendemain en présence du mauvais état général. 84 heures après l'accouchement T. 39°,3 : exanthème scarlatineux typique très étendu, légère angine, langue framboisée; on évacue la malade à cause de l'épidémie de fièvre scarlatineuse. Le 1er juillet, douleurs articulaires, qui s'accompagnent de douleurs dans la région précordiale, cependant rien d'anormal au cœur; le 5 juillet, la fièvre tombe et reprend ensuite à cause de la recrudescence des manifestations articulaires. Le 25 août on renvoie la malade complétement guérie. Enfant bien portant, bien qu'il eut, après la suppression du lait chez sa mère, tété une autre scarlatineuse.

Observation VI (de Léopold Meyer)

25 ans, bipare, accouche chez elle d'un enfant bien portant, travail normal. Le 23, elle entre à l'hôpital des maladies contagieuses à cause des maux de tête, d'angine qui s'empirent beaucoup les trois premiers jours suivants. Le jour de son entrée exanthème scarlatineux, dont elle ignore la source. Angine modérée, le lendemain de son entrée la fièvre est tombée ; la sécrétion lactée est supprimée le 12, abcès du sein qu'on incise. — Le 20, traces d'albumine dans l'urine, qui disparaissent complètement 8 jours plus tard. Envoyée guérie le 16 février, 90 jours après son accouchement.

OBSERVATION VII (de Léopold Meyer)

Primipare de 21 ans, fille publique entrée à l'hôpital vénérien pour des condylomes ; n'a jamais eu la syphilis. Le 3 décembre on l'admet à la clinique, où elle met au monde un enfant de 7 mois, macéré, suites normales Pendant 9 jours la plus haute température a été 37°,7, mais le neuvième jour de ses couches malaise, et le lendemain on trouve sur le ventre un exanthème scarlatineux, pas de maux de gorge. Elle retourne à l'hôpital des vénériens, où on reconnaît une scarlatine le douzième jour après son accouchement, métrorrhagie mais sans rien d'anormal du côté des organes génitaux externes peu de jours après douleurs violentes dans les hanches, qui résistent à l'iodure de K. mais cèdent au salycilate de soude le quarantième jour, trace d'albumine et de sang dans l'urine. Renvoyée guérie le 14 février, 74 jours après son accouchement.

OBSERVATION VIII (de Léopold Meyer)

Bipare, 27 ans, envoyée le 24 mars 1887 à 7 heures du soir dans une famille agrée où elle accouche 3 quarts d'heures plus tard. Bon état général pendant les 3 premiers jours. Le 4, matin fièvre céphalalgie, léger exanthème scarlatineux, pour lequel on l'isole aussitôt à l'hôpital des maladies contagieuses. La marche fut assez favorable pendant tout le cours de l'affection. Rien d'anormal du côté des organes génitaux, sauf une petite déchirure périnérale qui se recouvrit d'un enduit grisâtre. Du vingt-quatrième au vingt-sixième jour, légère albuminurie, abcès du sein gauche qui est incisé le trente-troisième jour. Le 8 mai, 65 jours après l'accouchement elle quitte l'hôpital guérie.

Enfant nourri au biberon, parce que la mère n'avait pas de lait, forte desquamation, mais que rien ne caractérise. Quitte l'hôpital bien portant, avec sa mère.

Observation IX (de Léopold Meyer)

Primipare de 21 ans, accouche chez elle le 25 juin 1882. Le 27 maux de tête, frissons, vomissements, diarrhée. Elle entre à l'hôpital des maladies contagieuses. Le jour de son admission, douleurs de gorge, exanthème, on ne sait rien sur le mode d'infection, l'angine est légère. L'élévation de température persista jusqu'au 13 juillet, entretenue vraisemblablement par des arthrites successives assez graves, qui commencèrent à partir du 1er juillet et durèrent jusqu'au 15. Rien du côté des organes génitaux, sauf quelques petites excoriations recouvertes d'un enduit jaunâtre.

Le 17 août, 53 jours après son accouchement, elle quitte l'hôpital guérie. — L'enfant n'était point venu avec elle.

Observation X (de Léopold Meyer)

Primipare de 22 ans, quelques incommodités les derniers jours de sa grossesse, notamment de la cardialgie et des vomissements. Le 18 janvier 1887 on l'envoie dans une famille agréée où elle accouche à 7 heures du soir d'un enfant né de 3 à 4 semaines avant terme. Bonne nuit, mais le lendemain à midi, nausées, vomissements et forte diarrhée. Le lendemain 60 heures après l'accouchement, érythème scarlatineux avec dysphagie. On l'isole le 21 janvier 1887 dans l'hôpital des maladies contagieuses, légère angine dépôts grisâtre, sur une petite déchirure périnéale, sur la petite lèvre gauche et une bonne partie du vagin. Le quatrième jour, 8 jours après l'accouchement, plaque blanchâtre sur la partie droite de la vulve d'une étendue de 7 centimètres carrés. 3 jours plus tard, la plaque diminue et l'ulcération se nettoie. Rien d'anormal du côté des organes génitaux, la malade eut une température fébrile modérée jusqu'au onzième jour de son

accouchement, elle n'eût plus de fièvre, mais le lendemain la température remonte à 41° à la suite d'arthrite aux deux genoux puis il se produit une légère pleurésie qui dura jusqu'au trente-deuxième jour. Elle quitte l'hôpital guérie le 12 mars, 53 jours. après l'accouchement. L'enfant fut alimenté par une nourrice, la mère n'ayant pas assez de lait. Il quitte l'hôpital avec celle-ci Il était bien portant.

Observation XI (Léopold Meyer)

Primipare, âgée de 19 ans. Envoyée le 14 août 1886 à 2 heures de l'après-dîner chez une famille agréée. Accouchement 10 heures plus tard. Bon état général pendant les deux premiers jours, puis est atteinte après de céphalalgie, nausées. Dans la nuit du 3 au 4, exanthème scarlatineux typique, on l'envoie en conséquence à l'hôpital des maladies contagieuses, légère angine. Involution lente de l'utérus, ulcérations malpropres à la vulve, la fièvre disparaît le 3 septembre seulement, sans qu'il ait été possible de reconnaître la longue durée de la surélévation de la température, qui atteignit 40°,1 comme point maximum. Le vingtième de la maladie il se produisit sur le corps une éruption composée de petits points rouges très rapprochés les uns des autres mélangés à de petites pustules de la grosseur d'un grain de millet à une lentille. Le vingt-unième jour de la maladie traces d'albumine dans l'urine.

Elle quitte guérie l'hôpital le 13 octobre c'est-à-dire 59 jours après le début de sa maladie. Son enfant ne contracta aucun mal et souffrit seulement de quelques troubles digestifs.

Observation XII (de Léopold Meyer).

Primipare, âgée de 16 ans. Reçue le 8 novembre 1886 à 6 heures 1/2 de l'après-midi à la Maternité, où elle accouche deux

heures plus tard. Etat général satisfaisant jusqu'au quatrième jour, à ce moment céphalalgie et nausée. T. le soir est de 40° au niveau de l'aisselle, la malade vomit deux fois pendant la nuit le cinquième jour. T. 38°,8 sur tout le corps est apparu un exanthème scarlatineux typique. On l'isole le 12 novembre à l'hôpital des maladies contagieuses, légère angine. Ulcérations sanieuses au niveau de la vulve. Ventre et utérus légèrement sensibles à la pression, mais on ne découvre aucune complication inflammatoire du côté des organes génitaux. Température surélevée pendant de longs jours avec oscillations fréquentes. Ce n'est que le vingt-unième jour après l'accouchement que la fièvre disparaît, la température la plus élevée a été de 41°,8 le huitième jour de l'accouchement, le quinzième jour p. p. la température revient à 41° sans cause appréciable, le vingt-huitième jour p. p. léger engorgement des seins, qu'on ouvre 6 jours après. Elle quitte guérie l'hôpital le 19 janvier, c'est-à-dire 73 jours après son accouchement.

Observation XIII (de Léopold Meyer)

Primipare de 19 ans ; reçue à la Maternité le 26 décembre 1886 à midi ; accouche 8 heures après. On réunit par la suture une petite déchirure du périnée, qui s'était produite pendant l'accouchement. Etat général excellent jusqu'au sixième jour, où l'on enlève la suture. Le soir 40° dans l'aisselle, rien cependant du côté des organes génitaux. La température se maintient entre 39 et 40°. Le huitième jour après l'accouchement exanthème scarlatineux caractéristique répandu sur tout le corps ; le lendemain on l'envoie à l'hôpital de maladies contagieuses, le jour même la fièvre disparaît pour se reproduire le seizième jour après l'accouchement sans cause apparente, car il n'y avait rien du côté des organes génitaux. Excoriations vulvaires et vagi-

nales recouvertes d'un enduit grisâtre, la température redevint le lendemain normale, après irrigations vaginales, qui sont continuées. Du 20 au 24 p. p., nouvelle élévation de température toujours sans causes apparentes, légères hémorrhagies utérines, qui cèdent le 26 à une injection intra-utérine. 39 jours après l'accouchement petit abcès du sein guéri par l'incision : du 19 au 25, angine phlegmoneuse. Le 16 mars, 81 jours après l'accouchement, elle quitte l'hôpital guérie.

Observation XIV (de Léopold Meyer)

Le 1er mars 1886, à 11 heures du soir, on envoie dans une famille agréée une primipare de 19 ans, écoulement prématuré des eaux. Travail lent, écoulement de méconium, on achève l'accouchement le lendemain 2 mars, à l'aide du forceps, et on retire un enfant vivant. Déchirure périnéale réunie par deux points de suture. Etat général satisfaisant jusqu'au quatrième jour après l'accouchement où surviennent de la fièvre et de la sensibilité abdominale. Le lendemain on trouve sur tout le corps un exanthème scarlatineux intense, angine légère, mais langue nettement framboisée. Le 7 mars, c'est-à-dire le même jour, où l'on vit l'exanthème on l'envoie à l'hôpital des maladies contagieuses, où l'on découvre un empâtement inflammatoire dans la fosse iliaque gauche. Lochies fétides du quinzième au vingtième jour après l'accouchement, fièvre très légère, application d'un moxa au niveau de l'empâtement du quatorzième au vingtième jour après l'accouchement. T. normale du 22 au 31. T. oscille entre 38 et 39°, légères attaques rhumatismales du côté des articulations. Le huitième jour après l'accouchement attaque d'urticaire, peu de jours après l'entrée à l'hôpital des maladies contagieuses, cystite qui n'est pas complétement guérie au vingt-huitième jour, et qui ne disparaît totalement qu'au cinquante-sixième jour, on

la renvoie guérie le 17 juin, 102 jours après son accouchement. On envoie l'enfant en nourrice le 24 avril, la femme n'ayant pas de lait, cet enfant s'est toujours bien porté.

Observation XV (de Léopold Meyer)

On reçoit le 11 mars 1886 à 10 heures du soir à la Maternité une primipare âgée de 19 ans, qui accouche 3 heures plus tard. Etat général satisfaisant jusqu'au 18 mars (7 jours 1 pp. 2) où la température axillaire monte à 39°,2 le matin et à 40°,7 le soir ; le lendemain matin elle est de 38°,3, rien d'anormal du côté des organes génitaux. T. le soir 39°,8 le lendemain 20 mars T. le matin 38°,1, on aperçoit sur tout le corps un exanthème scarlatineux typique ; on envoie aussitôt la malade à l'hopital des maladies contagieuses. Mais l'involution continue à se faire normalement jusqu'au onzième jour après l'accouchement où les lochies deviennent fétides ; il se produisit en même temps de la sensibilité à la pression au niveau de l'utérus ; cependant on ne trouve rien d'anormal du côté de l'utérus, le lendemain on découvre un empâtement inflammatoire dans la fosse iliaque gauche, pour lequel on applique un vésicatoire, deux jours après érysipèle de la face, otite, puis récidive les jours suivants de l'érysipèle. En outre, on a constaté, onze jours après l'accouchement l'existence d'une néphrite : pendant ce temps l'empâtement disparut et le cent-quatrième jour après son accouchement la malade put quitter enfin le lit, légère angine, à cause des complications signalés plus haut, la température ne redevint normale que soixante jours après son accouchement. Elle quitte guérie l'hôpital cent-quatorze jours après son accouchement le 3 juin 1886. Son enfant mourut au bout de cinq jours au milieu d'accidents fébriles qui firent penser à une scarlatine, érythème scarlatineux

indécis. A l'autopsie, ictère, entérite folliculeuse, bronchite, bronchopneumonie dans la partie inférieure du poumon droit.

Observation XVI (de Léopold Meyer)

Le 17 novembre 1886, on reçoit à la Maternité, à 6 heures du soir, une secondipare, âgée de 25 ans, qui accoucha 3 h. 1/2 plus tard. Bon état général jusqu'au troisième jour, le soir de ce jour la température se lève, angoisse précordiale le lendemain, érythème scarlatineux assez intense répandu sur tout le corps. On l'envoie le 21 novembre à l'hôpital des maladies contagieuses, la maladie fut très compliquée et très lente : la température, qui au moment de son entrée, était de 41°, chiffre maximum pendant le cours de la maladie : mais ce n'est que le vingt-quatrième jour qu'elle s'abaissa au-dessous de 39°, grâce à l'emploi combiné de la quinine et de l'antipyrine, depuis elle se maintint entre 38 et 39°,5, mais chaque fois qu'elle semblait vouloir redevenir normale, survenait une nouvelle complication, au début rien du côté des organes génitaux ,sauf de petites excoriations vaginales et vulvaires, d'apparence grisâtre, le quinzième jour après l'accouchement empâtement dans la fosse iliaque gauche, qui disparut du reste assez rapidement, mais il survint alors un gros foyer de paramétrite à droite de l'utérus, qui s'ouvrit dans la nuit du 33 ou 34 dans le vagin, mais la plus grande partie de la masse se résorba d'elle-même. Le quarante-neuvième jour l'empâtement avait déjà bien diminué, et il était complètement disparu le soixante-sixième jour. Il faut, en outre, noter qu'elle eut le quatorzième jour une pneumonie à gauche dont on retrouvait encore des traces le vingt-huitième jour. Le trente-huitième jour, phlegmatia alba dolens, qui prit une allure traînante, le quinzième et le seizième jour attaques rhumatismales légères sur plusieurs articulations. Mais le quarante-et-unième jour le

genou droit puis deux jours après le genou gauche sont sérieusement pris, les arthrites étaient encore présentes, le cinquante-neuvième jour. Le quarante-huitième jour, eschare fessière à droite, qui ne fut complètement guérie que le cent-douzième jour, pansement au salicylate. Le quatre-vingt-troisième jour, œdème avec exanthème papuleux aux genoux. Albuminurie du trente-deux au trente-sixième jour T. normale le soixante-onzième jour, mais la fièvre reparut transitoirement pendant l'éclosion des arthrites, elle ne disparut définitivement que le deux-cent-dix-septième jour, le 19 mars 1887, 122 jours après l'accouchement, la malade quitte l'hôpital guérie. L'enfant, envoyé aux Enfants Trouvés, s'est toujours bien porté.

Observation XVI (de Léopold Meyer)

Le 26 novembre 1886, à 9 heures et demie du soir, on reçoit à la Maternité une primipare de 22 ans, qui accouche une heure après. 36 heures après l'accouchement frisson et température axillaire 39°,7, rien d'anormal du côté des organes génitaux. Le 29 nouveau frisson, la température remonte à 39°, lochies normales, le soir mal de gorge et exanthème scarlatineux, pour lequel on l'isole le lendemain dans l'hôpital des maladies contagieuses : légère angine, on découvre à la vulve et au vagin de légères excoriations d'un gris jaunâtre : le douzième jour la température redevenue normale remontre, sensibilité au niveau de l'utérus ; on sent au niveau de la fosse iliaque gauche un empâtement, inflammatoire, qui disparut, du reste, rapidement. Le dix-neuvième jour, plus de fièvre, le trente-huitième jour elle quitte son lit mais le quarante-huitième jour il y avait encore quelques traces de la desquamation.

Elle quitte l'hôpital guérie le 26 janvier, 61 jours après son accouchement, l'enfant dépérit les premiers jours à cause de la

diminution de la secrétion laiteuse chez la mère, mais il reprit avec l'usage du biberon.

Observation XVIII (de Léopold Meyer)

On envoie le 4 février 1887 dans une famille agréée une secondipare de 21 ans à 5 h. du soir. 7 heures plus tard accouchement. Bon état général jusqu'au 7 février, mais alors céphalalgie et soif. Elle dormit mal la nuit et offrit le lendemain un exanthème scarlatineux, type intense, pour lequel on l'isole le jour même à l'hôpital des maladies contagieuses. Début violent, avec température élevée, l'exanthème prend un caractère hémorrhagique, cependant il était le 13 février en train de disparaître, presque pas d'angine, rien d'anormal du côté des organes génitaux, pas de dépôts pseudo-membraneux à la vulve. T. normal le quinzième jour, mais elle recommença tout d'un coup à remonter, on découvrit alors un empâtement inflammatoire du côté de la fosse iliaque gauche, avec coprostasis, sensibilité à la pression et le 25 plus rien, mais 10 jours plus tard il se produisit un peu de périmétrite à droite de l'utérus. Du trente-cinquième au quarante-sixième jour, légère albuminurie ; le 20 avril, 74 jours après son accouchement, elle quitte l'hôpital guérie, l'enfant dut être alimenté au biberon à cause de la diminution de la sécrétion lactée chez la mère, le cinquantième jour, croup dont il guérit du reste, de telle sorte qu'il était bien portant lors de la sortie de la mère.

Observation XIX (de Léopold Meyer)

Le 25 février, on reçoit à la Maternité, une tripare, âgée de 23 ans. Elle accouche 6 heures après. Le 28, frisson, élévation de la température, anorexie. Le lendemain, exanthème scarlatineux intense, marche bénigne, angine insignifiante, pas de fièvre à

partir du onzième jour; il existait de petits dépôts pultacés sur des excoriations légères de la vulve et du vagin, comme les lochies étaient sanguinolentes depuis le début, il fallut le dix-neuvième jour administrer de l'ergot et faire dans l'utérus des injections astringentes à l'alun, que rendaient difficiles l'antéversion de l'utérus. Le huitième jour, sensibilité du ventre; on découvre un empâtement inflammatoire dans la fosse iliaque droite, qui était complétement disparu le soixante-sixième jour. Le 11 mai elle quitte l'hôpital guérie, 75 jours après l'accouchement; l'enfant demeura bien portant, il dut être nourri au biberon à cause de la diminution de la sécrétion lactée chez la mère.

Observation XX (de Léopold Meyer).

Cette observation est due à Sœrensen du Tictende, Hôpital, 1886, n° 23, p. 568. Sœrensen lui a donné le nom de pseudo-scarlatine. Il s'agissait d'une femme de 23 ans, qui le 24 février 1885, deux jours avant son arrivée à l'hôpital était accouchée chez elle; à son entrée elle était très affaiblie, délirante, elle était atteinte d'un érythème indéterminé, qui n'avait rien de manifestement scarlatineux. Le lendemain on l'examine sous le chloroforme parce qu'on soupçonnait une rétention partielle du placenta, mais on vit qu'il n'en était rien, quelques taches sur la vulve, mais ni fausses membranes, ni ulcérations, pas de mal de gorge. Le deuxième jour de son arrivée la malade devient ictérique, l'érythème devenu plus diffus, présentait un caractère vésiculaire. La température, qui était de 40°, baissa un peu et la malade mourut dans le collapsus.

Autopsie. — Utérus gros, mais sans rien d'anormal dans son volume, aucun dépôt sur la séreuse, rien dans le paramétrium, ovaire droit très gonflé, rouge, et renfermant des coagulas san-

guins, la muqueuse du canal cervical est ulcérée en plusieurs points, rouge, injectée, pas de pus dans les veines utérines. Ecchymoses péricardiques et pleurales, hyperhémie bronchique, œdème et conjection hypostatique des poumons, reins très malades, l'examen microscopique ne démontre pas les lésions caractéristiques de la scarlatine.

Observation XXI (Léopold Meyer).

Primipare, âgée de 26 ans, accouche chez elle le 19 octobre 1885 d'un enfant mort-né. Deux jours avant l'accouchement, fièvre, mal de gorge, douleurs dans les coudes et les genoux, exanthème sur le tronc et les extrémités, qui fit porter au médecin qui soignait la malade le diagnostic de scarlatine avec lequel elle entra 12 jours après son accouchement à l'hôpital des maladies contagieuses. Elle raconte qu'après son accouchement qui se fit tout naturellement, son état général était très bon, cependant la sécrétion lactée ne s'établit pas ; les lochies étaient un peu fétides et sanguinolentes. Douze jours après l'accouchement, douleurs dans le flanc droit, un peu de fièvre : elle entre en conséquence à l'hôpital ; on remarque au moment de son arrivée qu'il existe encore quelques traces de desquamation, qui s'accentuèrent beaucoup les jours suivants. Deux jours après son entrée, nouvel exanthème sur le dos, la poitrine et les extrémités, composé de taches rouges s'effaçant à la pression, cet exanthème est surtout intense dans les endroits où la desquamation est très marquée. L'utérus est gros, mou, sensible, mais aucun engorgement inflammatoire dans le paramétrium. T. 40 à 41°, avec rémission matinale assez accentuée. Pouls 100, assez fort, l'urine jusque-là normale, contient le dix-huitième jour un peu d'albumine, de ce jour les nausées, vomissements, hoquets, indiquent l'existence d'une péritonite ;

comme la fluctuation s'accentue à droite, on fait le long de l'arcade crurale droite une incision. Il en sort 3 à 400 grammes d'un liquide séro-purulent. Injections boriquées, drainage.

Cette opération resta sans influence sur l'état général ; mort le lendemain soir.

A l'autopsie : desquamation marquée sur le corps; quantité insignifiante de sérosité dans la cavité péritonéale. Séreuse normale partout, sauf dans la cavité pelvienne où il existe des adhérences, surtout à droite, un peu de pus dans le cul-de-sac de Douglas ; traces d'un phelgmon du ligament large à droite de l'utérus, dont la consistance est normale. Endométrium normal, ovaire droit très tuméfié et changé en partie en une cavité purulente. Reins gros, mous, substance corticale tuméfiée, présentant des raies et des points blanchâtres ; pyramides brunâtres, on trouve dans les plèvres 300 grammes d'une sérosité roussâtre et trouble.

R. — On ne sait pas le sort de l'enfant, resté à la maison.

Observation XXII (de Léopold Meyer).

Primipare, de 25 ans. Reçue le 30 juin 1886 à cinq heures du soir dans une famille agréée, accouche dix heures après d'un enfant avant terme. Le lendemain malaise T. rectale = 38°,7. Le deuxième jour après l'accouchement, T. = 40, maux de tête, nausées. Le lendemain de ce jour mal de gorge assez intense, avec rougeur et gonflement modéré de la muqueuse pharyngienne. Le ventre, ainsi que l'utérus, étaient un peu sensibles, à la pression. Le quatrième jour de la maladie apparaît un exanthème scarlatineux très net et très étendu, on isole aussitôt la malade dans l'hôpital des maladies contagieuses. On constate que l'érythème très diffus est faible ; il est surtout marqué au niveau du dos, où en trouve, en outre, de petites élevures papuleuses très

rapprochées les unes des autres. Utérus volumineux et sensible, pouls rapide; le lendemain de son entrée, l'éruption avait presque disparu, fièvre modérée, pouls petit et très fréquent. Diarrhée abondante et claire, submatité à la base du poumon gauche eschares noirâtres au niveau des excoriations de la vulve, la malade devient de plus en plus faible, l'urine contient de l'albumine, plaque éruptive au niveau du sacrum, gonflement du poignet gauche, qu'on traite par le salycilate et les applications glacées, écoulement abondant par les voies génitales, collapsus, mort.

Autopsie. — On trouve dans le ventre un litre de sérosité purulente, adhérences fibrineuses entre l'utérus et les anses intestinales voisines, la péritonite n'est marquée que dans les parties tout à fait déclives. Utérus gros, ramolli; muqueuse grisâtre, thrombus çà et là dans les sinus veineux, reins flasques plus violacés que d'habitude, la limite entre la substance corticale et la substance médullaire n'est pas distincte à la partie inférieure du gros intestin, ulcération qui va jusqu'à la tunique musculaire.

R. — Cette observation, placée par Léopold Meyer dans le cas de scarlatine vraie, ne nous paraît pas très probante, la marche de la maladie, la nature des lésions trouvées à l'autopsie nous feraient plutôt penser à une fièvre puerpérale avec éruption scarlatinense. Seul le mal de gorge rend la chose discutable.

Observation I (de Owen, C. Makness).

Edimburgh obstetrical transactions.

Isabelle A..., 19 ans, primipare, entre à la Maternité d'Edimbourg, le 14 août 1887, accouche d'un enfant mâle ; application des forceps au détroit inférieur. Le 17 T. 38°, et apparition du

rash sur la face, le lendemain le rash s'était généralisé sur tout le corps. Le 19, le rash était moins marqué et les lochies peu abondantes, pas d'albumine dans l'urine, pas de maux de tête, pas de maux de gorge. Le 20, on l'isole dans l'hôpital des maladies contagieuses ; on observa aucun phénomène de scarlatine.

OBSERVATION II (de Owen, C. Mackness).

Marthe L..., 21 ans, secondipare, entre à la Maternité le 17 août et accouche d'un enfant mâle ; délivrance artificielle à cause d'adhérences partielles du placenta. Le 20 août, rash sur tout le corps, sauf sur la face, pas de maux de tête ni d'angine, langue normale. T. = 38°. Le 22 août, la teinte pourprée est moins distincte ; pas d'albumine dans les urines. Le 26 août, plus de lochies, l'exanthème a disparu, la femme se porte bien.

OBSERVATION III (de Owen, C. Mackness).

Christine B..., 25 ans, secondipare, entre à la Maternité le 21 août 1887, accouche d'un enfant du sexe féminin. La cicatrice d'une ancienne déchirure du périné se rouvre pendant le travail. Le 24 août, un rash apparaît sur tout le corps, face rouge, yeux gonflés, pas d'albumine, lochies sentent un peu. T. = 38°. Le 25 août, le rash est peu apparent sur la face, mais mieux marqué sur les bras ; peu marqué sur le tronc et les membres inférieurs ; 26 août, rash très marqué sur l'abdomen, éruption de vésicules en cet endroit, notamment autour de l'ombilic ; pas de douleurs abdominales, pas de démangeaisons. 28 août, le rash n'existe plus que sous le bandage, il y a encore des vésicules. 29 août, plus de rash, les vésicules s'aplatissent et plusieurs se sont déjà desséchées.

Observation IV (de Owen, C. Mackness).

Mme C..., 22 ans, entre le 4 septembre à la Maternité, où elle accouche d'un enfant mâle, travail normal. Le 10 septembre. T. = 38°,1, les lochies sentent mauvais. Le 12, rash sur la face et la poitrine. Le 13, plus rash.

Observation V (de Owen, C. Mackness).

Jane S..., 16 ans : primipare, entre à la Maternité le 20 septembre où elle accouche d'une fille, travail normal. Le 23, lochies, sentent mauvais. T. = 38°, 1/2, rash sur le tronc et les membres inférieurs, mais pas sur la face et les bras. Le 24, l'érythème, qui a presque totalement disparu, n'existe plus que sous le bandage, pas d'albumine. Le 26, l'érythème a complétement disparu.

Observation I (de Renvers).

Zeitschrift fur gesammte medicin, 1890.

Augusta Z..., femme d'un charpentier, 26 ans, reçue le 15 février à la Charité, dans le service de clinique, morte le 21 février 1890. Elle a eu la scarlatine et la rougeole pendant son enfance, réglée régulièrement à l'âge de 17 ans. Accouchée pour la première fois le 28 janvier 1890, l'extraction du fœtus a été faite, par le forceps, à cause de la faiblesse des contractions utérines, qui amena une déchirure avec légère hémorrhagie.

Peu après l'accouchement, lochies fétides, malaise général, frissons suivis de périodes de chaleur. Huit jours après l'accouchement, il survient des nausées, une fièvre violente, un violent frisson, et le 10 février un exanthème, pour lequel la malade est entrée à l'hôpital, où on la reçoit avec le diagnostic de scarlatine.

Etat actuel. — Femme vigoureuse, d'une bonne constitution ; respiration accélérée, mais point gênée. Lèvres sèches, gercées ; langue sèche, jaunâtre, brunâtre. Peau sèche, brûlante, couverte au niveau du tronc et des extrémités par un érythème scarlatiniforme d'intensité moyenne. La rougeur s'efface à la pression ; la figure et le cou ne présentent qu'une coloration rougeâtre assez faible, bouche et gosier normaux, pas de dysphagie. T. = 40°,6. P. 135, dicrote, mou, 40 respirations par minute, pas de phénomènes anormaux du côté du cœur ou des poumons, foie un peu gros et légèrement douloureux à la pression, pas d'appétit, soif ardente. Intelligence conservée, mais avec tendance à l'assoupissement.

Néanmoins la malade ne peut dormir, tourmentée qu'elle est par des rêvasseries continuelles, vagin béant, rouge, enflammé, déchirure, qui va près de l'anus et qui est suppurante. Utérus de la grosseur du poing, sensible à la pression. Ecorchures multiples et livides à l'orifice externe du col, orifice interne fermé, mais donnant de temps en temps passage à des liquides fétides.

Le paramétrium est libre, mais sensible à la pression. Urine un peu trouble, légèrement albumineuse, elle contient quelques cylindres, mais pas de sang.

Traitement. — Désinfection et irrigation antiseptiques au niveau des organes génitaux. Toniques.

17 février. — T. le matin 40°,6. P. 130. R. 30.
T. le soir 40°,5. P. 134. R. 34.

Conscience conservée, exanthème stationnaire, vue conservée, un peu d'excitation, insomnie ; de temps en temps quelques frissons. Sueurs abondantes.

18 février. — T. le matin 40°,6. P. 132. R. 30. T. le soir 40°,8. P. 140. R. 36. Pendant la nuit agitation, léger délire, miction et défécation involontaire. Le lendemain matin, conscience assez nette la malade se plaint de ressentir des douleurs dans les membres

inférieurs notamment au niveau des articulations, bien quecelle-ci ne paraissent point atteintes à l'exploration physique. Peau humide, l'exanthème n'est plus livide qu'hier au niveau du tronc, mais au niveau des membres il a conservé son aspect ancien. Ventre météorisé, mais pas douloureux. Rate augmentée de volume à la palpation et à la percussion lochies abondantes et très fétides.

19 février. — Matin T. 40°, 5. P. 124. R. 32. Soir T. 40°, 2. P. 126. R. 30, yeux à demi fermés, prestation marquée, décubitus dorsal. Miction et défécation involontaires, figure trèsrouge mais sans exanthème, qui est beaucoup plus prononcé sur le tronc. Nulle part il n'y a de la desquamation. Teinte ictérique de la sclérotique assez marquée, lèvres sèches, fuligineuses, langue grillée, noirâtre, odeur fade de l'haleine, la malade se plaint d'une voix tremblante de ressentir des douleurs plus vives dans le genou gauche, qui depuis hier s'est gonflé, et renferme un léger exsudat liquide, que la ponction exploratrice montre être du pus.

La culture et les méthodes de coloration y révèlent la présence de streptococci. Irrigations antiseptiques fréquentes dans les organes génitaux : Antipyrine, 2 grammes, elle abaisse au bout d'une heure d'un degré, mais sans amélioration de l'état général.

20 février. — Matin, T. 40°,2. P. 166. R. 40.
Soir. T. 40°,8. P. 180. K. 54.

Délire continu, sueurs : l'érythème existe encore, mais sa couleur a changé à cause de la rougeur générale de la peau : les articulations des genoux sont tuméfiées ; la pression sur le ventre, très tympanisé, fait grimacer les traits de la figure. Pouls irrégulier, petit, très fréquent. Respiration superficielle prolongée, mais rien d'anormal aux poumons, rate très grosse.

2 février. — La température au moment de la mort était de

42°,3, elle est montée après la mort à 43, l'exanthème était encore très visible. Autopsie (par le Dr Israël). Endométrite fibrineuse, arthrite double purulente, néphrite métastatique et parenchymateuse: ramollissement de la rate atteinte d'hypermégalie. Utérus de la grosseur du poing; petit foyer induré, de la grosseur d'une datte dans le paramétrium, à droite de l'utérus, un peu de pus à l'embouchure des trompes: déchirure vaginale sur la paroi postérieure d'une longueur de 3 centimètres: genou droit tuméfié, il s'écoule par l'incision du pus abondant verdâtre: surfaces articulaires intactes. Idem au genou gauche.

Observation II (de Renvers).

Femme Rosalie Bl..., 22 ans, reçue le 17 janvier 1890.

Anamnestiques. — Père mort, mère vivante et bien portante, ni frères, ni sœurs, a eu à 3 ans la variole : bien portante jusqu'à l'âge de 15 ans, où elle contracte la scarlatine, avec néphrite et hydropisie, guérison cependant complète. Réglée à 17 ans, premier accouchement à 19 ans, elle reprend son travail au bout de 8 jours de repos, mariée à 22 ans, nouvel accouchement le 9 janvier 1890 après une grossesse normale, travail facile, enfant sain, la sage-femme a procédé à plusieurs reprises à un examen interne. Les 3 premiers jours se passèrent bien, mais le soir du quatrième jour, frissons, céphalalgie, nuit sans sommeil, durant laquelle apparaissent des douleurs abdominales, le matin on appelle un médecin qui retire de nombreux caillots des voies génitales et procède à une irrigation intra-utérine.

Cependant l'état reste le même, grande inquiétude, sueurs abondantes, frissons répétés s'accompagnant de périodes de chaleur. Elle est reçue le 17 à la Charité.

État actuel. — Taille moyenne, constitution vigoureuse, teint jaune sale de la pâte, qui est chaude, expression anxieuse du

visage. T. 39°,9. P. 120, régulier, peu dur. R. 26, douleurs dans le ventre.

Rien aux poumons, ni au cœur. Ventre un peu tympanisé, sensible à la pression, urines claires, sans albumine. Vagin béant, enflammé, col ouvert, utérus de la grosseur du poing en antéversion, sensible et douloureux, empâtement et douleur dans le paramétrium à gauche de l'utérus, lochies abondantes, d'un caractère purulent, mais non fétide. Irrigations utérines et vaginales.

18 janvier. — T. matin 39°. P. 124. R. 30.
Soir 38°,8. P. 120. R. 26.

Pendant la nuit agitation et violents frissons, sueurs abondantes le matin, grand affaiblissement, douleurs dans le bas-ventre. Appétit nul, soif augmentée depuis hier, 3 selles liquides très copieuses, le soir un exanthème apparaît sur les membres, il se compose de taches rouges, de la grosseur d'un marc, qui s'effacent par la pression, leucocythise marquée.

19 janvier. — Matin 38°,7. P. 126. R. 30.
Soir 38°,8. P. 130. R. 34.

Insomnie, céphalalgie, diarrhée, sueurs persistantes, frissons violents, plus de taches sur les membres, mais rougeurs diffuses sur les bras et le tronc. Rien sur les jambes, le cou et la figure, pas de rougeur au pharynx, pas de dysphagie.

20 janvier. — Exanthème scarlatiniforme, répandu sur tout le corps, sauf la face, qui est marquée surtout sur le dos et la poitrine. Rien au pharynx ventre tymopnisé, douloureux: lochies fétides empâtement de la grosseur du poing à gauche de l'utérus. Injections de créoline.

T. matin 40°, 2. P1.20. R. 26
soir 40°,3. P. 130. R. 26.

L'exanthème a diminué au niveau des mains et des pieds

s'efface à la pression. Le soir, frissons répétés, pas d'appétit, diarrhée.

Le 22. T. 38. P. 72. R. 26.
T. 38. P. 76 R. 32.

L'exanthème est pâle, mais encore visible au dos. — Le 6 février, quelques, squames sur le dos, l'exsudat, s'est en grande partie resorbé pendant la durée d'une fièvre moyenne, à type rénitent.

Observation XIII (de Renvers).

Pauline T..., femme d'un tisseur, 25 ans, reçue à la clinique de la Charité, le 29 novembre 1889, sortie guérie le 23 décembre 1889.

Commémoratifs. — Mère morte d'une affection cardique, père vit encore. Ils ont eu 17 enfants, dont 13 sont morts en bas-âge. Notre malade a eu pendant son enfance, la variole, la scarlatine et la diphtérie. A l'âge de 15 ans, rhumatisme articulaire aigu. Réglée à 16 ans. Mariée il y a 3 ans et demi, premier accouchement terminé par une perforation crânienne à cause d'un bassin *justa minor*. Suites de couches normales. Le 24 novembre 1889, après une grossesse normale, accouchement terminé par une embryotomie à cause d'une présentation du tronc. Les deux premiers jours qui suivent l'accouchement se passent sans fièvre, mais la malade est prise ensuite de douleurs dans le ventre et dans les membres inférieurs, et le soir du 27 novembre fièvre avec accélération notable du pouls. Le 28 novembre, T. 40°,6. Pouls 140, frissons, sueurs abondantes, agitation : comme les seins étaient très gonflés, on pensa à la possibilité d'une fièvre laiteuse, le soir la malade remarqua d'elle-même des taches rouges sur son ventre et sa poitrine, qui envahirent le lendemain les bras et les jambes. On la reçoit avec le diagnostic de

scarlatine. La malade se plaint d'être prostrée, de ne pouvoir dormir, tendance à l'assoupissement, douleurs dans les deux cuisses.

État actuel. — Femme délicate, constitution décharnée. T. 38° 5, P. 96 R. 22. Sur les membres fin piqueté rouge, sur le tronc les taches plus grosses sont confluentes, il existe de nombreux sudamina sur la poitrine, peau humide, pas la moindre rougeur ni la moindre dysphagie au niveau du pharynx. Rien d'anormal à la poitrine. Rate normale, ventre un peu météorisé et sensible à la pression : Utérus mollasse, on l'atteint facilement au-dessus de la symphyse pubienne, il est sensible à la pression : lochies très abondantes et d'un caractère purulent, col déchiré, orifice interne fermé. Exsudats très fétides dans la cavité utérine qu'on chasse par une injection intra-utérine au 100°. Paramétrium douloureux à gauche. Urine peu abondante, sédimenteuse, concentrée, légèrement albumineuse.

1 décembre. Amélioration notable. Ventre moins tuméfié, moins douloureux à la pression. Utérus au-dessous de la symphyse pubienne, plus ferme, de la grosseur du poing, lochies non fétides, sommeil excellent. L'exanthème a presque disparu sauf quelques petites taches sur les bras, pas de desquamation. Amélioration continue sauf le 3 décembre où il y a un peu de malaise et quelques frissons. L'irrigation chasse une grande quantité de liquide fétide. La malade quitte guérie l'hôpital le 23 décembre.

OBSERVATION I (de Boxall).

Voir *Obstétrical. Transactions of London*, 1888, p. 17.

Une jeune femme non mariée est reçue au Général-lying-in-hospital, le 26 décembre 1884, accouchement normal le même jour : quatre-vingt-dix-huit heures après la délivrance elle est atteinte d'une scarlatine qui présente ses phénomènes usuels. Marche bénigne de la maladie : on la renvoie guérie le quinzième

jour de ses suites de couches : il n'y avait pas encore de desquamation apparente bien qu'on eût noté que la peau était sèche et rude. On ne fit pas le diagnostic de scarlatine et on ne prit en conséquence aucune mesure d'isolement.

OBSERVATION II (de Boxall) (*id.*).

Une veuve est admise le 13 janvier 1884, accouchement normal le même jour ; quarante-quatre heures après l'accouchement, scarlatine d'un type bénin ; il y eut de l'insomnie, du malaise ; la température ne monta jamais au-dessus de 100 degrés Fahrenheit. Rash scarlatineux bien développé, mais sans mal de gorge ; cependant il y eut de l'albuminurie (la malade avait déjà de l'anasarque et une affection rénale ancienne au moment de son admission), le neuvième jour des couches engorgement douloureux des ganglions cervicaux, pas de desquamation apparente au moment de la sortie de la malade qui se considère comme guérie, mais un mois après on apprit que la desquamation avait été cependant très marquée : on ne put établir la filiation des accidents dans cette observation, pas plus que dans la précédente.

OBSERVATION III (de Boxall) (*id.*).

Une jeune femme non mariée venant du même Mission home que le sujet de notre première observation, est reçue au Général-lying-in-hospital, le 14 janvier, et y accouche après un travail normal, le lendemain de son admission. Elle est atteinte de scarlatine quarante-neuf heures après la délivrance ; les symptômes scarlatineux furent très nets dès le début. Il y eut comme complication une pleurésie le sixième jour et une néphrite le trentième jour après l'accouchement. Du troisième au neuvième jour symptômes d'une légère pelvi-péritonite, le douzième jour péritonite généralisée, avec paramétrite ; les phénomènes généraux furent très graves et la desquamation très marquée.

R. Comme le sujet de mon premier cas, la malade venait du même établissement charitable, le Mission home ; j'y retrouvais mon cas n° 1 atteint d'une desquamation intense, lorsque je crus devoir me rendre dans cette maison ; cette femme n'avait fait aucune attention aux mesures prophylactiques que je lui avais recommandées. J'appris du directeur de la maison, qu'une pauvre femme nommée Frances, avait été reçue le 18 décembre 1884 dans l'établissement et avait contracté une angine pultacée avec adénite cervicale très marquée, grande prostration, etc., mais il n'y eut pas de rash. Or, pendant la maladie de cette femme, son enfant qu'on avait point isolé, errait çà et là et avait été principalement soigné par le sujet de notre première observation.

Observation IV (de Boxall).

Une femme non mariée est reçue le 29 janvier au General-lying in hospital, où elle accouche le même jour, travail naturel. Sept heures après l'accouchement scarlatine d'un caractère bénin, offrant ses symptômes habituels, légère albuminurie le douzième jour des suites de couche, desquamation furfuracée.

Observation V (de Boxall).

Une jeune femme non mariée est reçue au General-lying in hospital le 31 janvier : accouchement le même jour, après un travail naturel, les symptômes scarlatineux survinrent 97 heures après l'accouchement, ils étaient très nets mais, légers ; marche de la maladie bénigne ; le quatorzième jour légère albuminurie et léger rhumatisme Desquamation par lambeaux épidermiques.

Observation VI (de Boxall).

Une jeune femme non mariée est reçue le 31 janvier et accouche naturellement le même jour, 124 heures après l'accouche-

ment elle est atteinte de symptômes scarlatineux très nets, légère albuminurie, le septième jour des couches desquamation par lambeaux épidermiques. R. Les trois cas précédents (le 4e, le 5e, le 6e) venaient de chez une sage-femme qui avait accouché le 26 une cliente dont les enfants étaient convalescents d'une scarlatine : l'un deux avait encore une assez forte desquamation, la mère de ces enfants ne contracta point du reste la scarlatine et rétablit sans accidents fébriles, elle fut soignée pendant 5 ou 6 jours par la sage-femme qui se tenait dans une grande salle où se réunissaient les enfants.

Observation VII (de Boxall).

Scarlatine pendant la grossesse, admission le 7 février, membranes rompues, eaux écoulées, procidence d'un bras, symptômes généraux graves, face pâle et terreuse, lèvres et langue fuligineuses, haleine fétide, angine avec enduit brunâtre. Rash scarlatineux sur le tronc et les membres inférieurs. Version sous le chloroforme, on retire un enfant mort, extraction du fœtus très difficile à cause de l'étroitesse du vagin. Suivant cette femme les phénomènes habituels de la scarlatine seraient survenus neuf jours avant l'accouchement qui aurait précédé d'un mois la date normale ; on ne put retrouver la filiation des accidents, on isola immédiatement cette malade qui eut le onzième jour des suites de couches une légère albuminurie ; six semaines après l'accouchement néphrite aiguë, anasarque, urémie, convulsions. Desquamation six jours après l'accouchement d'abord par lambeaux puis par petites écailles.

Observation VIII (de Boxall).

Une jeune femme est admise le 13 mars dans le même hôpital (General-lying in hospital). Forceps le même jour pour un décol-

lement prématuré du placenta au moment de son admission, fièvre, délire léger et érythème scarlatineux faible sur l'abdomen, ganglions cervicaux engorgés, la malade raconta que depuis quelques jours elle éprouvait du malaise et deux jours avant son entrée elle eut de l'angine avec nausées. Marche de la maladie bénigne, desquamation furfuracée, on ne put remonter à la source des accidents, mais il est à noter qu'il y avait un grand nombre de cas de scarlatine bénigne à cette époque de l'année.

Observation IX (de Boxall).

Une femme mariée est reçue le 20 avril : accouchement le lendemain après un travail naturel ; 48 heures après l'accouchement scarlatine avec ses symptômes habituels, desquamation furfuracée. Ici aussi on ne put retrouver la filiation des symptômes, mais il y avait beaucoup de cas de scarlatine dans le voisinage de la maison où habitait la malade.

Observation X (de Boxall).

Femme mariée reçue le 25 avril, accouchée le même jour ; travail naturel. 72 heures après l'accouchement, scarlatine bénigne, apyrexie, mais pouls 80 par minute. Symptômes habituels de l'affection, desquamation furfuracée.

R. Il y avait eu un cas de scarlatine chez un enfant dans la maison qu'elle habitait, peu avant son entrée à l'hôpital.

Observation XI (de Boxall).

Une jeune femme non mariée est admise le 26 avril et accouche le même jour ; travail naturel. Scarlatine 60 heures après l'accouchement, avec ses symptômes habituels, pas de complications, desquamation par écailles.

Observation XII (de Boxall).

Une femme mariée est admise le 27 avril : accouchement le

même jour après un travail normal. 41 heures après l'accouchement, scarlatine bénigne. Desquamation.

R. On envoya ces malades comme les précédentes au Stockwel-hospital : on ferma l'hôpital jusqu'au 13 mai pour pouvoir nettoyer les salles.

Observation XIII (de Boxall).

Scarlatine pendant le travail. Une femme mariée est reçue à l'hôpital le 10 juin : accouchement le même jour ; au moment de son admission, fièvre et délire léger. T. 100° Farenheit ; travail normal, le lendemain T. 101 ; céphalalgie, insomnie, érythème scarlatineux sur la face le lendemain ; marche de l'affection bénigne, desquamation.

On ne put retrouver la filiation des accidents, mais il y avait des cas de scarlatine dans le voisinage.

Observation XIV (de Boxall).

Une femme mariée est reçue à l'hôpital le 12 novembre et bien qu'atteinte d'un épanchement pleurétique du côté droit, elle accouche facilement le même jour, 8 heures après l'accouchement scarlatine avec ses symptômes habituels, et éruption scarlatineuse très marquée. Marche bénigne de l'affection, desquamation, convalescence retardée probablement à cause de la pleurésie.

R : on ne put retrouver la filiation des accidents.

Observation XV (de Boxall).

Une femme mariée est admise le 23 novembre ; accouchement naturel le lendemain. Treize jours après l'accouchement scarlatine avec ses symptômes habituels, pas de complications, desquamation par écailles.

Observation XVI (de Boxall).

Une femme mariée est admise le 24 décembre ; accouchement le même jour, enfant macéré, grossesse probable de 34 semaines. La scarlatine était survenue une semaine avant l'accouchement ; au moment de son entrée quelques taches sombres sur les lombes qu'on prend pour de la roséole syphilitique et desquamation : involution un peu retardée sans autres incidents morbides.

R : on ne put retrouver la filiation des accidents.

Observations (de Brown).

(*British. med. jour.* 1862).

Premier cas. — Madame Me... 28 ans accouche le 31 janvier 1861 : c'est une bipare ; peu d'heures après la naissance de l'enfant rash scarlatineux ; mal de gorge et autres symptômes de la maladie très accusés. — Desquamation par lambeaux ; quitte l'hôpital au bout de trois semaines complètement guérie.

Deuxième cas. — Ma.., 25 ans, primipare accouche le 12 janvier ; le 15 scarlatine avec ses symptômes habituels : forme grave ; néanmoins la malade se rétablit peu à peu.

Troisième cas.— M. S. D.., 28 ans, primipare ; 13 mars accouchement ; la scarlatine éclate le sixième jour des couches ; le lendemain rash ; forme ordinaire ; — quitte l'hôpital guérie au bout de trois semaines.

Quatrième cas. — M. S. I.., 35 ans ; accouche le 22 mars : 2 jours après éruption scarlatineuse : angine intense, grande prostration, scarlatine grave ; néanmoins guérison ; convalescence lente.

Cinquième cas. — M. A. D.., 36 ans ; accouche le 26 mars de son sixième enfant ; constitution débile ; le 30 éclate une scarlatine intense : l'angine était si forte, que pendant 2 jours on ne pu alimenter que par la voie rectale ; situation grave ; néanmoins guérison.

Sixième cas. — M. A.., 30 ans ; accouche le 28 mars 1861 ; 6 jours après éruption ; scarlatine très nette mais modérée : guérison.

Septième cas. — E. B.., 20 ans ; primipare ; accouche le 19 mars 1861 : mal de gorge le troisième jour ; Desquamation par lambeaux ; guérison.

Huitième cas. — M. J.., 28 ans ; accouche le 5 mai de son deuxième enfant ; scarlatine violente ; grands dangers ; néanmoins guérison.

Neuvième cas. — E. P.., âgée de 24 ans primipare ; accouche le 15 juin 1861 ; éruption au bout de peu d'heures ; marche habituelle ; guérison.

R. — Les enfants des cas n° I. II. IV. et V. eurent un rash scarlatineux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE LA ROUGEOLE

Fabrice de Hilden. — Observationes chirurgicœ centur. IV, obs. 53.

Max. — Schurig embryologia. Dresde et Leipsig 1732 p. 187.

Mauriceau. — Traité d'accouchement.

Levret. — Art. des accouchements.

Baudelocque. — Art. des accouchements.

Monfalcon. — Dictionnaire en 60 volumes de 1820, article rougeole.

Guersant et Blache. — Dictionnaire en 30 volumes.

Vogel. — Traité des maladies des enfants.

Heim. — Traité des maladies des enfants.

Rosen. — Traité des maladies des enfants.

Barthez et Rilliet. — Traité des maladies des enfants.

Schneider. — Journa d'obstétrique Allemand, 1830.

Bourgeois. — Bullet ns de l'Académie de médecine 1861.

Chausit. — Union médicale 1868.

Cazeaux. — Traité d accouchement.

Jacquemier. — Manuel d'accouchement.

Schrœder. — Traité d'accouchement.

Spiegelberg. — Traité d'accouchement.

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchement, 2e vol., p. 13.

Charpentier. — Traité d'accouchement, 1 vol., p. 570.

Siredey. — Maladies puerpérales p. 449.

Thomas. — Manuel de Ziemssen, handbuch der acuten Infections krankheiten. Zweiter theil article Masern, p. 42.

Squires. — The Lancett 1875.

Gautier (de Genève). — Annales de gynécologie, 1879, tome XI, p. 321.

Underhill. — Measles in relation to pregnancy and the parturient state by Charles Underhill in the obstetrical journal of great Britain and Ireland. July 15, 1880.

Angus Mac Donald. — Obstetrical Transactions of Edinburgh vol. X, 1885, p. 22.

Doléris. — Archives de Tocologie, 1er vol., année 1874, p. 375.

Francis Bleynie. — Annales de gynécologie XIIe vol. année 1879, p. 385.

Legendre. — Progrès médical 1880, n° 42, p. 828.

Lomen. — Centrallblatt fur gynécologie, 1889, n° 48, p. 826. vol. XIII.

Simmons (d'Ithaca). — New-York médical journal 1885, vol. 42, p. 27.

Schramm. — Centrallblatt fur gynœcologie, 1888, p. 796.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hamilton. — Tractatus de febre miliari.

Hecquet. — Médecine et pharmacie des pauvres. T. 1, chap. 62 à 64.

Ludwig. — Institutiones medicæ clinicæ, 1788.

Mallatti. — Hufelands journal XII, vol. p. 126.

Senn. — Thèse de Paris, 1825.

Dance. — Archives de médecine, 1830.

Helm. — Maladies puerpérales, 1840.

Retzius. — Hygiea, vol. 23, p. 187.

Guéniot. — De la scarlatinoïde puerpérale, thèse Paris, 1862.

Sieffermann. — Épidémie de la fièvre puerpérale, thèse Strasbourg, 1862.

Alméras. — Des rash, confondus avec les scarlatines, thèse Paris, 1862.

Brown. — British medical Journal, 1862.

Denham. — Dublin quaterly Journal, 1862.

Charpentier. — Des accidents fébriles chez les nouvelles accouchées, thèse Paris, 1862.

Halahan. — Quarterly Journal of med. Sc., 1862.

Proceedings. — Of Edimburg obstetrical Society, in Edimburgh med. Journal, juin 1862.

Jules Simon. — Des maladies puerpérales, thèse agr., 1866.

C. Paul. — De l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique, thèse agr., 1866.

Mac Clintock. — Dublin quarterly Journal of med. Sc., 1866.

Hervieux. — Union médicale, 1867.

Hall Curtis. — Cases of scarlatina, Brit. med. Journal, 1877.

Lemaire. — Scarlatine régulière, thèse Paris, 1867.

Verneuil. — Éruptions septicémiques, gazette hebdomadaire, 1868.

Koch. — Diss. Giessen, 1868.

Thierry. — Épidémie de fièvre puerpérale, thèse Paris, 1868.

Roque. — Fièvre puerpérale, thèse Paris, 1868.

Lasègue. — Traité des angines, 1868.

Prior. — Contribution à l'histoire de la scarlatine, The Lancet, 1869.

Duprey. — Diagnostic de la scarlatine et des éruptions scarlatiniformes, thèse Strasbourg, 1860.

Dufay. — Épidémie de scarlatine à Londres, Union médicale, 1869.

Eug. Martin. — Épidémie de fièvre puerpérale, thèse Paris, 1869.

Hervieux. — Traités des maladies puerpérales, 1870.

Besnier. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1870.

Dechambre. — Des fausses scarlatines, Gazette hebdomadaire, 1870.

Larchier. — Histoire de la scarlatine, Union médicale 1860.

Mac Swiney. — Report of cases of scarlatina, Dublin quart. Journal, 1870.

Braxton-Hirks. — Transaction of the obst. Soc. of London, 1871.

Vogel. — Traité des maladies de l'enfance, 1872.

Cornillon. — Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral, thèse Paris, 1872.

Quinquaud. — Essai sur le puerpérisme infectieux, thèse Paris, 1872.

Le Bobinnec. — Fièvre puerpérale dans ses rapports avec l'érysipèle thèse Paris, 1872.

Billet. — Fièvre puerpérale, et réforme des Maternités, thèse Paris, 1872.

D'Espine. — Septicémie puerpérale, Archives de médecine, 1872.

Schwarz. — Récidives de scarlatine, Vierteljahresschrift, 1872.

Collinot. — Des complications cardiaques dans les exanthèmes, thèse, Paris, 1875.

Treadwell. — Boston med. and surg. Journal, 1873.

Blain. — Des éliminations critiques dans les affections puerpérales, thèse Paris, 1873.

Bouhon. — Fièvre traumatique des nouvelles accouchées, thèse Paris, 1873.

Thomas. — Scarlatine puerpérale, Zemmsen, 1873.

Derrecaragaix. — Érythème scarlatiniforme rhumatismal, thèse Paris, 1874.

Simpson. — Clinique obstétricale et gynécologique, 1874.

Picaud. — Éruptions cutanées consécutives aux lésions traumatiques, thèse Paris, 1875.

Brissot. — Épidémie de scarlatine, thèse Paris, 1875.

Société obstétricale de Londres. — Discussion sur les rapports existant entre les fièvres puerpérales d'une part et les maladies infectieuses et la pyohémie de l'autre: Spencer-Wells, Leisman, Newmann, Richardson, Braxton-Hicks, Hutchinson, 1875.

Liebmann. — Archives de gynécologie, Berlin 1876.

Tremblay Jules. — Érythème desquamatif scarlatiniforme, thèse Paris, 1876.

Tremblez. — Éruptions survenant dans le cours des affections chirurgicales, thèse Paris, 1876.

Cousset. — Éruptions cutanées dans les maladies chirurgicales, thèse Paris, 1876.

Millier. — Obstr. Journal, n° 37, 1876.

Stoicesco. — Du frisson pendant l'état puerpéral, thèse Paris, 1876.

Puech. — Scarlatine puerpérale, Annales de gynécologie, 1876.

Grimshaw. — Dublin journal of med. Sc., 1876.

Wallenberg. — Archives de dermatologie et syphiliographie, 1876.

Prestley. — Fièvre puerpérale, Brit. med. Journal. 1876.

Viollet. — Fièvre puerpérale à Saint-Antoine, thèse Paris, 1876.

Sutherland. — Cas de scarlatine puerpérale, Ed. med. Journal, nov. 1876.

Rodman. — Medical. Record, New-York, 1876.

Colard. — Érythème scarlatinoïde généralisé, thèse Paris, 1877.

Bodé. — Septicémie puerpérale, thèse Paris, 1877.

Olshausen. — Analysé par Porak, Revue d'Hayem, 1877.

Paget. — Leçons cliniques, 1877.

Lesage. — Scarlatine des femmes en couches, thèse Paris, 1877.

Bez. — Contemporanéité des fièvres éruptives, thèse Paris, 1877.

Bussy. — Exanthème scarlatiniforme, thèse Paris, 1877.

Aulas. — Éruptions septicémiques, thèse Paris, 1878.

Vrain. — Exanthèmes provoqués par les grossesses, thèse Paris, 1878.

Drumez. — Formes similaires ou atténuées de quelques fièvres éruptives, thèse Paris, 1878.

Trélat. — Progrès médical, 1878.

Koerner. — Récidives de scarlatine, Vierteljahresschrift, 1878.

Henbrunner. — id. id. 1878.

Deschamps. — Des éruptions médicamenteuses, thèse Paris, 1878.

Chevance. — Des accidents puerpéraux à Beaujon, thèse Paris, 1878.

Dunoyer. — Influence des maladies intercurrentes sur les traumatismes, thèse Paris, 1879.

Kaposi. — Scarlatine puerpérale, Hautkrankheiten, 1879.

Cheadle. — Parallèle des rash et de la scarlatine, Brit. med. Journal, 1879.

Mac Baild (1). — Scarlatine dans l'état puerpéral, Edimb. med. Journal, 1879.

Lucas-Championnière. — Journal de médecine et de chir. pratiques, 1879.

Folliot. — Septicémie et scarlatine, Brit. med. Journal, 1879.

Raymond. — De la puerpéralité, th. agr., 1880.

Doléris. — De la fièvre puerpérale, thèse Paris, 1880.

Perret. — De la septicémie, thèse agr., 1880.

Sanné. — Art. Scarlatine, Dict. Dechambre, 1880.

Mayor. — Des néphrites chez les femmes en couches, thèse Paris, 1880.

Winkel. — Therapie des Wochenbetts.

Meyer. — Zeitschrift fur gynecologie, 1888.

Boxall. — Obstetrical Transactions of London, 1888.

Mackness. — Obstetrical Transactions of Édimburg.

Renvers. — Zeitschrift fur gesamnite medicin, 1890.

Fisser. — Scarlatina in puerperio Emden, 1887.

Holsburg. — Cincinnati. Lancet, clinic, 1886.

Troquart. — Bulletin de la société méd. de Bordeaux, 1885.

Kohn. — Loire médicale, 1885.

Kemps. — Medical Herald of Louisville, 1885.

Palmer. — Cincinatti Lancet, clinic, 1887.

Siredey. — Traité des Maladies puerpérales.

Aretander. — Centralblat fur gynæcologie, 1887.

1. Nous n'avons pu nous procurer cet article dans les bibliothèques.

TABLE DES MATIÈRES

Henri JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

ISSUED TO	DATE DUE
[illegible]	

